



George Rosen

Gift of Dr. George Rosen
Yale Medical Library

Med.
\$5⁰⁰

R. G. W.



TRATTATO DELLE MALATTIE MENTALI



EUGENIO TANZI

Professore ordinario nel R. Istituto di Studi Superiori di Firenze

TRATTATO
DELLE
MALATTIE MENTALI

Con 139 figure nel testo



1905

SOCIETÀ EDITRICE LIBRARIA

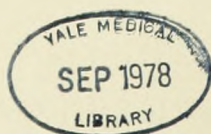
MILANO - Via Kramer, 4 A - Galleria De Cristoforis, 54

Med. Lib.

RC454

T25

1905



PREFAZIONE

Lo studio delle malattie mentali è un obbligo scolastico, in Italia, per chi vuol conseguire la laurea di medico; è un'ovvia necessità per quei medici che si prefiggono la carriera dei manicomî; è un'arma d'offesa, nei tribunali, pei difensori; è un'arma di difesa per gli accusatori. Tutta questa gente, che milita nelle file degli alienisti o fa scorribande professionali al loro fianco senza l'impulso d'una vocazione speciale, ha bisogno di conoscere il vero stato della psichiatria, e non di più: le applicazioni utili, le nozioni accertate, i criterî pratici, spogli di ridondanze e di millanteria. Sono professionisti e dilettanti professionali di psichiatria ai quali si deve esporre non un'enciclopedia slegata di perturbazioni mentali, di rarità patologiche, di elenchi bibliografici, di notizie storiche, di curiosità psicologiche, di preziosità anatomiche, ma un insieme organico, semplice e veritiero di quadri clinici che siano ben distinti l'uno dall'altro, che abbiano la loro ragion d'essere in una distinzione superiore alle parvenze sintomatiche, e che perciò conducano chi ne è istruito a regolarsi scientificamente nel governo e nel trattamento dei pazzi.

Ma vi è un'altra classe di studiosi pei quali la psichiatria è un punto di vista speculativo, talvolta il solo accessibile, per giudicare più alte cose. Questi alienisti d'elezione, e ve n'è anche fra i professionisti dei manicomî, dei tribunali, della stampa letteraria e politica, non domandano i procedimenti empirici da seguire di fronte agli alienati di mente, ma la soluzione dei problemi più ardui che affannino lo spirito umano: problemi biologici, antro-

pogenici, psicologici, etici, filosofici. La psichiatria che, come specialità pratica, è così modesta, diventa una scienza delle più aristocratiche, malgrado le sue deficienze attuali, per la posizione che occupa come branca della biologia. Sentinella avanzata della biologia nel campo della speculazione, essa ha le braccia corte, ma vede lontano; e se non vede molte cose, sono vastissimi gli orizzonti che abbraccia, gli ideali a cui mira e i suoi contatti con le scienze affini. Le nozioni d'anatomia, di citologia, di fisiologia, di psicologia, di patologia, di sociologia, che la scienza delle malattie mentali è costretta ad evocare, ad analizzare, ad agitare nei territori contigui dello scibile per rischiarare il proprio, sono molte e tra le più svariate e tra le più importanti; e forse verrà il giorno che la psichiatria proietterà sulle scienze sorelle, moltiplicata, la luce che ne riceve.

Il libro che presento al pubblico si propone di rispecchiare con sobrietà, nelle debite proporzioni e senza intimi antagonismi le due tendenze che si nascondono nella psichiatria, la Marta e la Maria in cui essa si sdoppia, e che l'animano da una parte verso la pratica, dall'altra verso l'ideale. Ai pratici importa di sapere che cosa la psichiatria è; agli idealisti preme d'indagare che cosa diverrà. Agli uni occorrono i fatti, e tra i fatti soltanto i più sicuri, i più coordinabili, i più fertili d'utilità materiale. Agli altri interessano le ipotesi, la traiettoria della scienza che si forma, il suo passato, il suo avvenire. Ma, come dice Carlo Richet, i censori moderni sono indulgenti verso chi raccoglie senza critica i fatti e inconsapevolmente li altera, li esagera o li inventa; mentre sono implacabili verso chi lancia e naturalmente lascia indimostrate le proprie ipotesi, per quanto ragionevoli, utili e verosimili. Semplicisti della critica, prendendo il positivismo alla lettera, molti aristarchi delle Università sono trascinati, senza saperlo, a creder veri tutti i fatti e false tutte le ipotesi. Eppure, esistono fatti illusori e ipotesi che si avverano. Sarebbe assai meglio se si fosse più severi nell'ammettere i fatti e meno precipitosi nello sprezzare le ipotesi.

Nei capitoli di psicopatologia generale non sono rifuggito da particolarità nuove ed antiche d'anatomia e di fisiologia, da ri-

chiamoi di psicologia, da induzioni d'anatomia patologica e dall'esposizione di congetture già note, ma tuttora discusse sul meccanismo del pensiero, che mettono capo ai principi fondamentali della biologia: da questo lato bisogna largheggiare. Nei capitoli, invece, che trattano di psicopatologia speciale, ho prescelto un indirizzo empirico e schivo da ogni sistematismo dottrinale: l'eredità, la degenerazione, i fattori biologici della pazzia, l'associazione non vengono a sovrastare la clinica, che poggia soprattutto sull'osservazione diretta dei fatti più comuni e più evidenti. La psichiatria deve spiegare audacemente le ali quando vola nei domini delle scienze generali col patrimonio dei suoi principi e delle sue speranze; ma deve evitare ogni dispersione di forze ed usare ogni cautela quando percorre pedestramente il campo della clinica applicata.

Prof. EUGENIO TASRI.

INDICE DELLE MATERIE

CAPITOLO I. — La sede dei processi psichici	1
Preliminari storici	161
I limiti presenti del problema	7
I dati della fisiologia e dell'anatomia sperimentale	8
I dati dell'embriologia	13
I dati della patologia umana	19
I dati dell'anatomia normale	20
Gli indizi positivi in favore dei centri psichici	28
CAPITOLO II. — Le cause delle malattie mentali	32
Cause esterne	33
Cause somatiche	171
Cause psichiche	34
Cause sociali	45
Cause interne	47
Diritti	181
Degenerazioni psichiche	49
Eredità (psichici)	52
CAPITOLO III. — Il substrato anatomico-patologico delle malattie mentali	57
I. Quadri macroscopici delle lesioni cortico-cerebrali	60
A) Reperti terminali dei processi precoci	61
B) Reperti a focale e reperti diffusi degli adulti	68
II. Lesioni elementari della corteccia cerebrale e delle sue dipendenze	74
A) Lesioni delle cellule nervose	171
1. ^a Processi acuti	75
2. ^a Processi subacuti	81
3. ^a Processi cronici	82
B) Lesioni delle fibre nervose	84
C) Lesioni della nerofglia	86
D) Lesioni dei vasi e delle meningi	87
III. Alterazioni extracorticali ed extracerebrali	90

CAPITOLO IV. — La sensibilità	97
Fisiologia generale dei processi sensoriali e sensitivi	99
Patologia della sensibilità	101
Cepalestesi	102
Sensibilità tattile, termosensibilità, sensibilità dolorosa	103
Sensu genetico	104
Dolore ed affetto	105
Edite e vista	107
Allucinazioni ed illusioni	109
Meccanismi dell'allucinazione	110
Applicazione della teoria	116
Allucinazioni da stimoli irritanti che agiscono direttamente sul cervello	119
Allucinazioni ed occhi chiusi	118
Ripetizione del pensiero	119
Allucinazioni esagerate	120
Allucinazioni combinate	121
Allucinazioni che si presentano nei sogni	122
Allucinazioni d'origine periferica	123
Allucinazioni unilaterali dell'udito	124
Illusioni	125
Conclusione	131
Pseudo-allucinazioni ed allucinazioni psichiche	127
CAPITOLO V. — L'ideazione	129
Fisiologia dell'ideazione	131
Patologia dell'ideazione	132
Rapporti del pensiero	133
Idee parziali	135
Idee ossessive	139
Convulsioni deliranti e deliri deliranti	143
Quantità delle idee	148
Alterazioni nell'ordinamento delle idee	152
Stati di semioscurezza	155
CAPITOLO VI. — La memoria	157
Fisiologia della memoria	161
Patologia della memoria	163
Amenia delle tracce mnemoniche	165
Cancellazione delle tracce mnemoniche	166
Disordini dell'erectività mnemonica	169
Irregolarità nell'atto del riconoscimento mnemonico	171
CAPITOLO VII. — I sentimenti	177
Fisiologia dei sentimenti	181
Patologia dei sentimenti	182
1.° Variazioni patologiche dell'amore	185
Depressione sentimentale	186
Esaltamento sentimentale	185

2. ^a Variazioni patologiche nel dominio delle emozioni	185
3. ^a Variazioni patologiche dell'affettività e del carattere animale	190
CAPITOLO VIII. — I movimenti e le altre reazioni esterne	197
Psicologia dei movimenti	199
Patologia dell'inervazione: contritismi	201
1. ^a La convulsione	193
Anomalie della volontà	192
Anomalie degli istinti	210
A) Conservazione individuale	193
B) Conservazione della specie	214
2. ^a Musica, facoltà e scrittura	218
Anomalie dell'espressione oratoria	219
Anomalie della facoltà	226
Diffetti d'articolazione: anglositi	231
Diffetti d'articolazione congeniti	227
Forme di distrofia	229
Anomalie della scrittura	231
3. ^a Reflessi volgari	232
Reflessi viscerali	19
Reflessi laringei	236
Reflessi delle pupille	237
CAPITOLO IX. — Classificazione delle malattie mentali	239
Classificazione di K. MONODÉLÉ	247
Ultima classificazione di K. KRAFFT	250
Classificazione adottata dall'Autore	251
CAPITOLO X. — La pellagra	261
Etiologia	261
Caratteri morfologici e fisici del male acuto	263
Patogenesi	264
Sintomi	267
Anatomia patologica	271
Asse cerebrospinale	274
Lesioni viscerali	276
I dati demografici	19
Profilassi e cura	279
CAPITOLO XI. — L'alcolismo	282
Origine	291
Diffusione e distribuzione	295
Forme	286
Urbacismo fisiologico	297
Urbacismo patologico	298
Stadii dell'alcologia cronica	299
Delirio allucinatorio	291
Pseudo-psicosi alcolica	291
Delirium tremens	300

Patogenesi	297
Anatomia patologica	299
Cura	301
Profilassi sociale	303
II. SIFILISMO	301
Patogenesi	303
Sintomi	305
Cause	308
Cura	309
Contagio	312
CAPITOLO VII. — L'amenia	313
Sintomi	314
Anatomia patologica	322
Etiologia = patogenesi	324
Cura	327
PSICOPATIE CRONICHE	328
CAPITOLO XIII. — Le psicosi tiroidee	330
II. MIXEDEMA DEGLI ADULTI	333
II. CRIVISMO ENDEMICO	337
Sintomi	33
Anatomia patologica	339
Etiologia	340
Patogenesi	342
Cura e profilassi	343
II. CRIVISMO ENDOCRINO	344
Patogenesi	346
Anatomia patologica	349
Cura	350
II. SINTOMA DI RAUMBERG	354
CAPITOLO XIV. — La paralisi progressiva	355
Sindromatologia	355
Segni e sintomi del processo degenerativo	355
Stati d'autismo e deliri	361
Crisi ed accessi	364
Sintomi tossici	367
Disturbi della sensibilità	376
Disturbi viscerali e trofici	377
Varietà cliniche della paralisi progressiva	379
Decorso	381
Etiologia	383
Patogenesi	386
Anatomia patologica	389
Lesioni microscopiche del cervello	393
Lesioni anatomiche del sistema nervoso	397
Ullula nervosa	399
Fibre nervose	394

Nevralgia	161
Tumi sanguigni	236
Alterazioni del midollo spinale e dei nervi periferici	267
Alterazioni estranee al sistema nervoso	336
Diagnosi differenziale	339
Cura	340
CAPITOLO XV. — Le cerebropatie infantili (idiotia acquisita)	404
Etiologia	407
Anatomia patologica	409
Simboli e forme cliniche	418
Alterazioni psichiche	419
Alterazioni motorie	420
Emiplegia	421
Diplegia	422
Complicazioni cerebrali connesse alle forme emiplegiche e di- plegiche	424
Alterazioni sensoriali	426
Cura	427
CAPITOLO XVI. — Le cerebropatie degli adulti	429
LA DEMENTIA SENILE	430
Sintomi demenziali	432
Sintomi anormali	434
Simboli e fasi	435
Varietà cliniche della demenza senile	439
Decorso	439
Diagnosi differenziale	437
Anatomia patologica	438
Patogenesi	441
Cura	442
EMIGRAZIA, EMBOLIA, TROMBOSI CEREBRALE	443
LA SIFILIDE CEREBRALE	444
TUMORI CEREBRALI	449
LA SCORFONE E PLACCHE	449
I TRAUMI AL CAPO	450
CAPITOLO XVII. — Le psicosi affettive	452
MELANCOLIA	458
Sintomi	459
Dolenzabilità psichica	461
Idios	463
Analia e dysylia	463
Altri sintomi	467
Decorso e varietà cliniche	470
Diagnosi differenziale	471
Cura	472
MANIA	473
Sintomi	475

Incubo e varietà	180
Diagnosi differenziale	182
MELANCOLIA PERIODICA	186
MANIA PERIODICA	187
PAZZIA TIPOLOGICA	189
CAPITOLO XVIII. — La nevrosi	197
Sintomi	198
Stasilezia	199
Paresi	200
Algesie localizzate	201
Sintomi obiettivi	202
Stato generale	203
Sintomi psichici	204
Agorafobia	205
Miosofia (RACCONTO o pupofia (VITALI))	206
Patofobia	207
Dismorfofobia	208
Fobia della responsabilità	209
Eponofobia	210
Ossessione del come e del perché	211
Ida ossessiva d'ordine	212
Diagnosi differenziale	213
Etiologia e patogenesi	214
Cura	215
CAPITOLO XIX. — Listerismo	222
Sintomi	224
Etiologia e decorso	244
Cura	246
CAPITOLO XX. — L'epilessia	261
Sintomi	262
Accessi epilettici	263
Accessi parziali	265
Equivalenti epilettici	268
Stati pre-epilettici e post-epilettici	269
Stati epilettici permanenti	271
Segnali e sintomi somatici	272
Diagnosi differenziale	274
Etiologia e patogenesi	276
Forme cliniche e decorso	277
Autonomia patologica	278
Cura	279
CAPITOLO XXI. — La demenza precoce	283
Sintomi	286
Decorso e varietà cliniche	288
Cause e natura della demenza precoce	313
Cura	318

CAPITOLO XXII. — I perversimenti sessuali	818
INVERSIONE sessuale (URANISMO)	821
Uranismo femminile	825
Uranismo femminile ed immoralità costituzionale	828
Omossessualità femminile associata a delinquenza	827
Uranismo maschile	828
Ura e legislazione	838
FETTERISMO	837
 CAPITOLO XXIII. — L'immoralità costituzionale	861
Il criterio etico nella diagnosi	863
Evoluzione del concetto nosologico	868
Manifestazioni cliniche	870
Trattamento degli immorali	881
 CAPITOLO XXIV. — La paranoia	898
Manifestazioni cliniche della paranoia	881
Delirio di persecuzione	882
Delirio ambizioso	885
Delirio religioso	887
Delirio di grandezza	893
Delirio imperioso	891
Neologismi	897
Allucinazioni	898
Condotta del paranoico	899
Trattamento della paranoia	900
 CAPITOLO XXV. — L'imbecillità	919
Manifestazioni cliniche	902
Aspetto dell'imbecille	903
Segno ambivalente di degenerazione	903
Percezione	904
Sensibilità	904
Affettività	905
Intelligenza	906
Movimenti	912
Problemi, intenzione della voce, linguaggio e scrittura	911
Varietà cliniche	917
Imbecillità senilis di lieve grado, irregolarità, prodigalità	918
Imbecillità semplice	918
Imbecillità con talento periodico ed episodi di melancolia	
Imbecillità intellettuale o morale con accessi di angoscia e di violenza	919
Imbecillità intellettuale e morale con costituzione paranoica	920
 CAPITOLO XXVI. — I manicomi	925
Evoluzione dei manicomi	926
Omaggio alla regolare specializzazione delle malattie mentali	928
Restrizioni legali	929

Valori interpretazioni delle statistiche	731
Surrogati insidiosi	734
Assommatamento politico	735
Istintu d'osservazione	736
Separazione dei vecchi e degli uomini	737
Colonne agricole	739
Amministrazione dei manicomi	740
INDICE ALFABETICO	747
INDICE DEGLI AUTORI	759

CAPITOLO I.

La sede dei processi psichici

PRELIMINARI STORICI.

La psichiatria è ancora, più che altro, un'esposizione di sintomi. Sotto un'apparente ricchezza di quadri clinici, essa nasconde lacune ed incertezze che lasciano insoluti i suoi problemi più essenziali.

Non bisogna dimenticare che lo studio delle malattie mentali cominciò nel sequestro qualche continuità solo verso la fine del secolo XVIII. Fino a quell'epoca, i pregiudizi religiosi e filosofici, se permettevano di cercare, del resto con poca fortuna, la sede dell'anima nel corpo, comprimavano ogni altra tendenza che fosse contraria allo spiritualismo; e la vita della psichiatria, salvo i lucidi intervalli della civiltà greca e latina, fu un deserto incoltato, senza acquisti nuovi e senza nemmeno la memoria degli acquisti precedenti.

Lo stesso risveglio del secolo XVIII non provvenne che in minima parte da cause scientifiche. Più che la maturità della medicina, fu una maggior sensibilità sociale che, supponendo la creazione dei manicomi, creò anche gli alienisti. Li creò, prima che fosse nata la psichiatria, appunto con l'idea di missione di farla rimanere. Ma il risultato dei loro studi peraltro fu quello che doveva essere: una psichiatria puramente descrittiva. Tutta l'attenzione di questi osservatori volenterosi e ingenui fu assorbita dalle manifestazioni esterne di pazzia, che sovrabbondavano nei discorsi e nella condotta degli alienati e che, essendo estremamente facili a cogliersi anche senza il sussidio d'alcun tecnicismo, potevano generare l'illusione d'una dottrina coordinata e florida dove non era che un'enumerazione prolissa di fenomeni superficiali.

I medici dei manicomi, abbandonati a se stessi e non potendo contare su mezzi d'orientazione oggettivi, furono spinti ad abusare di questa facilità

l'osservazione, moltiplicando le varietà nosografiche. Si ebbe un calibrazione di polmoni e di denominazioni ammesse dagli uni, negati e disposti dagli altri, destinati a sorgere, a sparire, a mutar di posto nel vano succedersi delle classificazioni e delle sentenze.

Ma la conoscenza dei sintomi, per quanto larga, è sterile senza lo studio della loro patogenesi. Che un trauma o un avvelenamento o una tossinfezione o un'infezione violenta possano engendrare malattie mentali, non ultimo di queste malattie e non altre, è ammesso in psichiatria come verità nell'esperienza volgare: ma il vero problema non consiste nell'identificare le cause, bensì nell'analizzare il modo con cui le cause operano sulla trama cerebrale.

Quando ad un dolore morale che dovrebbe essere ingemmatosi ben dietro uno stato di tristezza cronica col decorso tipico della nevrosi, si definisce un rapporto causale che a prima vista sembra assai semplice, perché riguarda due fenomeni d'ordine psichico e non distanti che per la loro durata. Eppure, fra questi due termini sul letto, il dolore morale (psicologico) o la depressione melanconica, s'interpone un terzo termine d'ordine diverso, cioè un processo fisiopatologico del cervello, da cui non si può prescindere. Come avviene che, sotto la pressione d'un avvenimento morale, possa materializzarsi un'alterazione organica, sia pure semplicemente funzionale? E come mai questa reazione materiale ad uno stimolo morale ripresenta a sua volta manifestazioni sostentive, ossia tutta la serie dolorosa delle immagini melanconiche? Noi abbiamo un bel riconoscere i sintomi delle malattie mentali e le loro cause remote, ma si sfuggono quasi sempre i processi alternati che sono in pari tempo l'effetto immediato delle cause morali e la condizione immutata dei sintomi psicotici. È vero che in certe psicosi si è nota l'esistenza di un nesso costante fra un agente morale e un reparto anatomopatologico determinato, ma anche in questi casi noi ignoriamo come tutte condizioni anatomiche si realizza al quadro sintomatico. Per capire la costituzione di questi fenomeni iterativi, bisognerebbe sapere come si svolgeva fisiologicamente, almeno a un approssimo, le operazioni mentali nei vari territori o nei vari obbietti del cervello.

Una simile oscurità non si verifica nella patologia d'altri organi. Spesso il rapporto fra la funzione e l'organo è anzi così chiaro, che dal perturbamento anche minimo della funzione (mettiamo da un soffio cardiaco) si può arguire direttamente la lesione materiale che l'ha provocato. Così avviene di sovente non solo nelle malattie di cuore, ma per esempio anche in quelle dei reni e degli occhi, appunto perché la funzione di questi organi è relativamente semplice, tanto semplice che, senza sovversiva mescolanza, si può paragonare il cuore ad una pompa, il rene ad un filtro, l'occhio ad un sistema di lenti. Ma il significato biologico del cervello

Non può essere contenuto per intero in formule così stringate. Il cervello discende, guarda, ascolta, fluita, assapora, tocca, pesa, spinge, interviene, insiste, parla, scrive, ricorda, pensa, fantastica e giudica; esita e vacilla; soffre e tripatita. Se si volesse compendiarne la sua attività con una o più espressioni metafisiche, si dovrebbe dire che è insieme un osservatore, un archivio, un tribunale, un governo; e con tutto ciò residuerebbero sempre altri uffici essenziali che si sottraggono a qualunque similitudine. Fra ciò che è quest'organo e ciò che pare, fra la complessità indiscutibile delle sue funzioni e l'omogeneità ingannatrice della sua struttura, vi è un abisso che difficilmente può essere superato.

Per questi motivi, non solo le lacune presenti della fisiologia cerebrale, ma anche le aberrazioni delle epoche passate, che noi ricordiamo qualche volta per obbligo d'erudizione non senza una sfumatura d'ironia dorosoria, meritano, a pensarci bene, la più profonda indulgenza.

Ritracciare la sede dell'anima, o in un viscere qualunque del corpo, o nella sua totalità o in una singola parte dell'encéfalo fu il primo obiettivo, dirsi quasi l'ossessione storica di quanti coltivarono la psicologia dall'antichità fino a ieri; ma la certezza che quest'organo è l'intera corteccia cerebrale non fu raggiunta che negli ultimi quarant'anni. La gloria della scoperta non va attribuita agli alienisti (ilanca era un antropologo e Birzo iniziò i suoi studi come fisiologo); ma neppure si può imputare ad essi il demerito dell'indugio. Il problema eccole i limiti della psichiatria ed appartiene alla biologia generale.

Finché le arterie apparivano come canali aerei e i nervi restarono insensibili dai tendini, non era irragionevole che la sorgente dell'attività intellettuale si cercasse di preferenza nel cuore. Il cuore, centro anatomico delle arterie, congiunto coi polmoni e con gli organi periferici dei sensi, soggetto visibilmente al tumulto delle passioni, poteva ben credersi, fra i viscere del corpo, il più designato allo scambio di quei fluidi *exponderabili*, sangue, luce, calore, sensazioni, pensieri ed affetti, che per trasmettersi, formarsi e trasformarsi sembravano aver bisogno d'un veicolo aereo, se non addirittura immateriale.

Quando poi gli antichi parlavano dell'anima e tentavano di fissarne la residenza fuori del cervello, essi non movevano, come i localizzatori moderni, al sodo particolare del pensiero, ma assai più spesso al focolaio centrale della vita in genere. Solo in questo senso anche i naturalisti meno inclinati alla metafisica osarono insegnare un'anima alle piante, e l'anima ebbe localizzazioni ammantate così svariate. Le forme immaginate in proposito appartengono alla storia e si possono raggruppare in categorie più o meno nettamente separate per epoche, scuole e tendenze.

L' *Localizzazione extracerebrale*, senz'alcuna partecipazione del cervello.

Sono le più antiche. I filosofi primitivi della Grecia erano llozisti: perdeno di vista l'aspetto subiettivo del pensiero, confondevano non solo il pensiero con la vita, ma anche la vita col movimento, e finivano per cre-

«che l'intelligenza, come il movimento, fosse una proprietà universale della materia. D'altra parte, posti di fronte ad un problema preciso di fisiologia umana, ebbene, almeno sulle prime, il buon senso di dimenticare l'ideologismo, e non cercarlo: la propria intelligenza altrove che in sé stessi. Infortunatamente, si lasciavano suggestionare dal precinto che all'intelligenza occorresse un organo molto attivo, e scartarono il cervello, restando perplessi fra il cuore, il fegato, i polmoni, il fegato, la milza. Infatti ognuno di questi organi, o per la sua centralità o per la sua larga diffusione o per la chiarezza delle sue variazioni funzionali o per la sua mole o per la sua temperatura apparente, doveva sembrare teatro di metamorfosi fisiche e chimiche assai più importanti di quelle che si potevano presumere nella massa fredda ed immobile del cervello, ossia d'una ghiandola destinata, secondo le credenze d'allora, alla secrezione della pituita nasale.

2.^a Localizzazioni varie in vari organi, compreso il cervello.

Esistono col fiore della filosofia greca l'anima umana era considerata sotto vari aspetti, secondo che prevaleva alle sensazioni, alle passioni, ai giudizi ed all'accrescimento somatico, ed a ciascuna di queste anime era attribuita una residenza diversa. La classificazione più comune era tripartita, e al cuore toccava quasi sempre l'ufficio più elevato.

Quanto al cervello, sebbene non fosse escluso dalla spartizione, il suo ufficio era piuttosto secondario: Aristotele lo faceva consistere nella refrigerazione del sangue ed in una specie d'antagonismo col cuore. Quando prevaleva il cuore, si aveva il massimo della vitalità e del pensiero; quando prevaleva il cervello, la vitalità s'assottiglia, il corpo si raffreddava, il pensiero languiva. E sotto questo aspetto negativo che Aristotele, dopo avere accennato sgarbatamente l'insensibilità alle irritazioni nervose, rassicurava nel cervello l'organo del senso.

Al principio del secolo XIX Bichat poteva credere ancora, come Platone, che il cuore, non il cervello, fosse la sede degli affetti. Il trabocco definitivo di tutte le funzioni psichiche nel cervello, anche delle affettive, è recente; e fu un'impresa meritoria di Gall, che, in mezzo alle stravaganze della sua frenologia, seppe evitare un altro errore, cioè quello di attribuire agli affetti (sia pure nei limiti della cognoscenza cerebrale) una localizzazione diversa da quella delle sensazioni e delle rappresentazioni.

3.^a Localizzazione nella totalità del corpo.

Questa forma di localizzazione diffusa ed omogenea, con cui si passa dalla pluralità dei centri psichici al decentramento assoluto, ha una doppia origine e un doppio aspetto: antico e moderno.

I più tra gli scolastici, convinti che non si poteva né concentrare in un solo organo né dividere fra pochi organi privilegiati e designati arbitrariamente una funzione invisibile e forse indecomponibile, come quella del pensiero, adattarono la massima d'Agostino: anima in toto corpore, *totus in omni* e *omnis in una parte*. Questo polipsichismo degli scolastici è un primo passo di ritorno verso l'idealismo greco, ossia verso il pansichismo che, applicato rigorosamente, esclude qualunque serio tentativo di localizzazione anatomica.

Non pochi fra i modernisti darwiniani dell'epoca attuale arrivano per altra via ad un polipsichismo più deciso e senza alcuna riserva. Infiltrandosi dal cervello al sistema nervoso, dal sistema nervoso agli elementi primordiali dell'ontogenesi, e dal mondo organico, per le ramificazioni della filogenesi, al mondo inorganico, questi trasognati ad estrema non s'accorgono di sostituire la legge di continuità, e finiscono per trovare l'intelligenza umana nell'atomo etereo. Secondo la loro maniera di vedere, esistono barlumi di funzione psichica in qualunque parte dell'organismo

vicinate; e perché non anche fuori i limiti HAECKEL, nella *Persepolis* dell'*animale*, senza negare al cervello il suo primato come organo evitato dell'intelligenza, antropopa persino l'affinità chimica come un'espressione di volontà, ossia come un fenomeno psichico. Se ciò fosse vero, bisognerebbe, a torto, riconoscere un'intelligenza rudimentale in tutti gli esseri organizzati, anche negli organismi unicellulari. Così l'antico «*di*» PLATONE, e di ARISTOTELE, risorge sotto veste moderna come l'anima e il motore dell'universo. Ma un intelletto fuori dagli organismi viventi è concettualmente privo ogni chiaro significato: da questa forma poetica, inverosimile e che prende (troppo evidente) il marchio d'origine dall'anacronismo dei selvaggi e dei primitivi, non esce alcun lume che serva a spiegare quell'«*idiotismo*» che sentiamo in noi e che opera negli organismi simili al nostro.

Le ripercussioni recenti sul chemiotropismo rinvischeriano per un momento la tendenza postscholastica. Siccome i movimenti chemiotattici sono tali all'essere che li compie, è siccome tutti gli esseri viventi sembrano dotati di proprietà chemiotattiche, si conclude che l'intelligenza, o per lo meno la coscienza, rappresenta un attributo universale della materia organizzata e che presiede al cervello.

Per buona sorte, VIBURNI e tutti gli osservatori più attenti di questi movimenti chemiotattici rinvischeriano ben presto alla soluzione contraria. Questi movimenti non sono la primordiale espressione dell'intelligenza, ma una proprietà fisiologica ed epistola degli elementi vivi, che si ritrova inclusa anche nel meccanismo, più complesso, degli atti psichici. A questo modo, invece di servirsi dell'intelligenza per chiarire il chemiotropismo, noi possiamo servirci del chemiotropismo per chiarire molti fenomeni fisiologici, o fra essi, almeno in parte e nel loro aspetto obiettivo, anche quelli d'intelligenza, che sono (mi si permetta la frase) una specie di chemiotropismo a grande orchestra, favorito da condizioni anatomiche del tutto eccezionali. Queste condizioni anatomiche non si verificano interamente che nel cervello: gli automatismi gangliari degli invertebrati, come il chemiotropismo degli esseri unicellulari, rassomigliano e preludono all'intelligenza, ma non sono l'intelligenza.

Il riscontro storico delle localizzazioni diffuse presiede ancora, ma insieme alla totalità del nervoso, fra fisiologi come PRINCEP, che annesse la coscienza spirituale osservando i movimenti vitali e complicati della rana decapitata, come pure fra tutti coloro le sono moltissimo che riconoscono un'intelligenza agli invertebrati. Secondo FOUL e BERNARDI, tutto il sistema nervoso, compreso il simpatico, possederebbe in origine proprietà psichiche: ma l'accentramento graduale (auto- e filogenetico) di questa proprietà nella corteccia del cervello ne spoglia sempre più gli organi nervosi scemotattici, che si perdonano invece nel senso dell'automatismo.

4. Localizzazioni intracerebrali a tipo concentrico.

L'accentramento delle funzioni mentali in un organo ridotto, presiede al unico dell'«*anello*» «*osservazione*» costante, dove dovrebbero confluire tutti i nervi e mescolarsi tutte le forze mentali, in il sogno in cui si smarrirebbero gli analizzatori più finiti e gli intelletti più positivi tra il secolo XVIII e il XIX. Questi organi di cui erano già rimossi a priori l'esistenza e la dignità, e che doveva realizzare nella sua unità anatomica la gestata unità dell'anima, veniva cercato dappertutto fuorché nel campo aperto della corteccia: nella ghiandola pineale (DESCARTES), nei nuclei candali (VITUSSEW), nel corpo calloso (WILSON), nel bulbo (ROUSSEAU), nel liquido cefalo-spinale (SOMMERING), in un punto geometrico (KANT).

Per riuscire all'intento di rinchiudere l'intelligenza in un organo, DESCARTES si era fatto anatomista, compiendo un gran numero di autopsie e

portato, anche all'infuori della sua tesi, un contributo di nozioni positive all'anatomia del cervello; WILKES si fondava sull'anatomia di cui aveva promosso il progresso; Botanto si era spinto più lontano, eseguendo dissezioni. Stodunius invocava la disposizione dei nervi cerebrali e ne inferiva che le loro attività continuassero o finissero sempre alle pareti dei ventricoli, influenzandosi reciprocamente per mezzo del liquido endocranico; finalmente lo stesso KANT non arrivava alla sua conclusione per pura deduzione metafisica, ma prendendo in esame e confrontando i vari tentativi di localizzazione anatomica con argomenti poderosi.

5.° Localizzazioni corticali.

Che l'intelligenza non si verificasse subito nella corteccia del cervello era ben naturale. La distinzione macroscopica della corteccia dal resto del cervello non è così evidente. Quanto alla sua struttura microscopica, basti ricordare che le cellule nervose furono scoperte, per merito di PANDURSKI, non prima del 1810. Nulla poteva far presagire che la corteccia cerebrale ne fosse così ricca. Tuttavia GALL, con intuizione lucida e geniale, studiando il decorso dei nervi cerebrali (1799-1820), aveva notato l'omologia della corteccia coi gangli nervosi e come essa fosse, fra le varie parti del cervello, quella che raggiunge le massime proporzioni nell'uomo e nei vertebrati più intelligenti. La funzione intellettuale della corteccia fu confermata, sperimentalmente, quando FLOUENNES (1842) insegnò che per mezzo di dissezioni parziali o totali del cervello gli animali subivano sempre una perdita più o meno grande dell'intelligenza.

Le sperimentazioni ingegnose di GALL e gli altri esperimenti di FLOUENNES, mentre concordano fra loro e con la verità nella localizzazione complessiva dell'attività psichica, assegnandole come unico organo il cervello, contengono il germe d'un dischiò estremamente importante, che non tardò a scoppiare fra i due precursori e che, riaperto in tempi più recenti, non è ancora chiuso. L'attività mentale, secondo GALL, è una somma di processi e di funzioni particolari che si svolgono separatamente nelle varie circosvoluzioni della corteccia; teoria dell'*stereogenesi funzionale*. Questa teoria, che nasce da considerazioni giustissime, doveva per l'intemperanza del suo protagonista fallire miseramente nelle applicazioni. Valente dialettico ed infelice psicologo, il celebre anatomico di Vienna pensava che ogni inclinazione o istinto o qualità empiricamente isolabile dell'intelligenza si potesse elevare al grado d'una vera funzione fisiologica o fisiopatologica e che dovesse quindi possedere il suo organo nella corteccia cerebrale, ben circoscritto e distinto dagli organi vicini. Alla funzione, alla tendenza, all'istinto, al talento predominante (o creduto predominante sulla guida di osservazioni e racconti estremamente superficiali) doveva andar parallela l'ipertrofia dell'organo corrispondente, ossia, in termini più precisi, d'una circosvoluzione. E poiché il cranio nel suo progressivo accrescimento non fa che seguire passivamente lo sviluppo del cervello, le prominente esterne del cranio, che si avvertono così bene nel vivente, dovevano interpretarsi appunto come le sporgente o i depressi degli organi e quindi delle funzioni predominanti. Parimenti, le depressioni del cranio indicavano le deficienti. Non restava che raccogliere « mettere d'accordo un gran numero di questi facilissimi esami individuali, per ripetere dal cranio alla mappa corticale e dagli individui alla specie le posizioni supposte invariabili dei vari organi mentali. In breve, ad ogni circosvoluzione della corteccia cerebrale correva assegnata la sua funzione fissa. Così nacque, si diffuse e s'estese grandissimo ramore la *fronologia* od *orgonologia cerebrale*, ed ebbe apostoli, maestri o contralittori fra i più illustri scienziati del tempo.

Diametralmente contraria e trasformatrice sono nel 1842 la teoria di FLORIANUS, che pareva solidamente fondata sopra gli esperimenti di sezione: la corteccia cerebrale non ha che un'unica funzione, un solo uso « che la ripetizione dell'altro, ed una lesione isolata non determina la scomparsa d'una singola attitudine, ma una sottrazione quantitativa dell'intelligenza e nulla più. Con simili negazioni la psichiatria perdeva ogni speranza di poter contare, per la spiegazione dei sintomi psicotici, anche sulle lesioni a focolaio; le afasie, le amnesie, le allucinazioni, le estasi si sottraevano all'interpretazione anatomica, per lo meno in senso macroscopico. Tuttavia l'osservazione microscopica delle funzioni cerebrali, cominciata intesa da FLORIANUS, non precludeva necessariamente la possibilità d'un loro differenziamento microscopico nei diversi elementi o nei diversi strati della corteccia, che allora non si conoscevano. Con suoi esperimenti FLORIANUS aveva diviso il cervello a brani, ma non a fette: e le disparità funzionali che non si spiegavano tra lobi e lobi o tra circonvoluzione e circonvoluzione avrebbero ancora potuto annidarsi benissimo fra strato e strato o fra cellule e cellule, indipendentemente dalla topografia macroscopica. E per altro evidente che, stando ai dati di FLORIANUS, nessuna localizzazione psichica avrebbe mai potuto verificarsi con la sezione o con la sola scelta della patologia macroscopica.

E qui finisce il prologo storico delle discussioni sulla sede dell'anima, care ai teologi non meno che ai medici, per dar luogo alla fase contemporanea delle ricerche sperimentali che hanno fissato una volta per sempre la localizzazione dei processi psichici nella corteccia del cervello.

I LIMITI PRESENTI DEL PROBLEMA.

Nel 1862, sanzionando in modo irrefutabile le osservazioni cliniche di MARCO DAX, BROCA riescitiva a dimostrare che una funzione squisitamente psichica come la lingua era circoscritta fra confini poco appariscenti in un territorio abbastanza ristretto della corteccia cerebrale e da un lato solo. Si sarebbe dovuto inferire che anche altre funzioni dell'intelligenza potessero localizzarsi analogamente in aree distinte dello stesso viscosissimo organo e che la teoria di FLORIANUS fosse erranea. Ma la singolarità dell'eccezione, che riguarda una funzione privilegiata della specie umana, non incoraggiò il ritorno alle idee di GALL e non fu mai invocata a carico della regola generale.

Pochi anni dopo venne la volta delle localizzazioni sperimentali: FRANCO e HIRZU scopersero infatti al silco encefalato dei cani i centri motori (1870) e HIRZU localizzò nella corteccia occipitale i centri visivi (1874). Queste localizzazioni, sfuggite a FLORIANUS, quantunque avessero operato sullo stesso animale da esperimento, il cane, costituirono il dato nuovo che doveva provocare la revisione della teoria di FLORIANUS.

Allo stato attuale degli studi clinici, anatomici e sperimentali, la questione è controversa come specialmente dirò.

1. Esistono, nella corteccia del cervello, funzioni puramente psichiche:

«io è distinta per natura e per sede dai processi sensoriali o motori? In altre parole: si tratta per riproduzione o solo delle immagini dirette, o si pensa per simboli che si formano altrove?

2. Altri problemi: data quest'anima (ipotesi, come si ripartisce nella mappa corticale le varie categorie di simboli? Sono analitiche come la vista o olfattive come le sensazioni olfattive?

La fisiologia contemporanea è sempre in debito verso sé stessa d'una risposta a queste domande, che l'esperimento non basta a risolvere, o che la psichiatra pratica non ha ancora preso in considerazione neppure sotto forma di curiosità risolutiva. Ma bisogna riconoscere a Ferriera ed a Raimon y Cajal il merito d'aver formulato ed agitato il quesito con grandissimo impegno, facendolo uscire dal campo non abbastanza fertile dell'esperimento macroscopico. La discussione sull'esistenza dei *centri parietali* è ormai aperta, e la loro localizzazione approssimativa, per via indiretta, ha cessato di parere assolutamente impossibile.

L'impresa certamente ancora audacissima e quasi teorica di localizzare le funzioni psichiche si può riguardare da vari punti di vista. Gli esperimenti dei biologi ci insegnano la topografia dei centri sensoriali e motori, ma solo fin dove lo consente la divisibilità macroscopica della corteccia o la possibilità di osservazioni patologiche o cliniche sopra semplici animali. I metodi sperimentali di ricerca anatomica, provocando atrofe o degenerazioni di fibre nervose, ci indicano i limiti dei singoli fasci in lunghezza e densità, la direzione della corrente funzionale, e il rapporto coi centri cellulari d'origine o di terminazione. L'embriologia, facendoci conoscere la data della sviluppo di vari sistemi di fibre e partendo dal presupposto d'una cronologia rigida, ci fornisce un criterio nuovo e delicatissimo per arguirne il valore funzionale nell'uomo, cioè per denominare se un sistema è sensorio, motorio od associativo. La patologia delle lesioni a terziario ci rivela nell'uomo la sede di squilibriamente della intellettuali, a cui la psicologia, per quanto sottile nella sua analisi prospettiva, era ben lontana dal sospettare un meccanismo funzionante così differenziato e complesso in organi apposti della corteccia. Finalmente l'istologia normale, riscontrando le differenze di struttura tra i vari territori corticali per ciò che riguarda la disposizione degli strati, la qualità degli elementi nervosi e la proporzione con cui sono mescolati, suggerisce le linee generali d'una patologia anatomica.

I DATI DELLA FISIOLOGIA E DELL'ANATOMIA SPERIMENTALE.

La fisiologia sperimentale ha localizzato in varie zone della corteccia i dati della *restri motori* e *sensoriali*. Però essa non ha puntato la sua bandiera su tutto l'estensione della corteccia: vi è una porzione ch'è rimasta

inspiratori, ed altre parti vennero bensì esplorate, ma restarono insensate o soggette a contestazione, perché gli esperimenti non diedero sempre risultati precisi e coerenti.

Non vi sono dubbi di sorta sulla portata dei centri principali, che è bassissima per sé, ma se rimangono ancora sui loro confini. L'indeterminatezza dei confini lascia adito ad apprezzamenti disparati sull'estensione totale dei centri finora riconosciuti. Quanto ad alcuni centri secondari, di moto e di senso, non è incerta la loro esistenza, ma anche la loro posizione.

Per conseguenza, se si dovesse fare il canone della corteccia cerebrale a stabilire la divisione esatta del dominio fra il senso, il moto e l'attività psichica, rimarrebbe intanto aperto due grossi questioni: 1.^a se all'attività psichica tocchi in proprio qualche cosa; 2.^a quanta estensione di corteccia le possa toccare. Riguardo alla terza questione, se cioè esistano centri specifici per le varie forme d'attività psichica, e quali siano e dove risiedano, essa trascende la potenzialità della fisiologia sperimentale. Gli esperimenti dei fisiologi non vanno poi in su dello scintille.

Le risposte alle altre due questioni oscillano secondo le vicende della dottrina localizzatrice, che dal 1826 ad oggi non furono indifferenti. Per primi sperimentatori la corteccia cerebrale era come un mosaico di focolai o lami neri: teoria della *gusttopographie*. Per gli sperimentatori più recenti ciascuno di questi focolai va sfumando in una zona marginale di funzionalità meno densa, dove si perdono anche i focolai contigui; per cui la corteccia è un insieme di focolai o centri o confini intersecchi o sovrapposti; teoria degli *organismi* (LEGANS, EMMI). Altri fisiologi, come WILSON e MUNK, senza negare gli ingrandimenti, sostengono che i centri corticali sono distribuiti secondo gli organi del corpo e le regioni periferiche che essi hanno l'ufficio d'innervare; e in questi centri i gruppi cellulari di senso sono mescolati coi gruppi cellulari di moto: teoria della *prossimità*, che non è in antitesi con la precedente. Per esempio: se nel lobo occipitale abbiamo la visione, ivi dobbiamo cercare anche i centri motori degli occhi; se dalla zona Rolandica partono i movimenti volontari degli arti, ivi sono contenuti anche i centri della loro sensibilità tattile e tattile.

Coloro che sostengono l'esistenza degli ingrandimenti e delle zone nere (e ormai sono tutti) non devono con processo dove termini qualunque traccia di una determinata funzionalità; e perciò lasciano dal più al meno unpregiudicata la questione se si debba ammettere una funzionalità specifica (o più funzionalità specifiche) di natura prettamente psichica nelle zone che, non risultando decisamente né motorie, né sensitive, si possono considerare come area disponibile, ovvero vergine, *res solida*.

Queste aree sono molto considerevoli: una comprende quasi tutto il lobo frontale, esclusi i poli dei lobi primi giro frontali, l'altra (distinta) abbraccerebbe gran parte dei lobi occipitali, se, come dimostrerebbero le ultime ricerche anatomo-patologiche, si deve ritenere che i centri visivi occupino uno spazio assai minore di quello precedentemente presunto. E questo gran dominio d'ignota funzione (psichica?) può facilmente arrotondarsi, ritoccando qui e là il contorno, ossia rettificando i confini di altri centri corticosensoriali e corticomotori.

La probabilità che i centri di senso e di moto non si estendano a tutta la corteccia cerebrale è assai vicina alla certezza. Tuttavia la maggior parte dei fisiologi, forse compensandosi di poter sigorareggiare coi propri esperimenti tutta la corteccia cerebrale e tutte le forme della sua attività, era inclinata fino a pochi anni fa a ritenere che non esistesse né una serie di centri parziali disseminati, né un'unica zona d'attività psichica unitaria; o che l'intelligenza potesse spaziarsi come un profumo delle rappresentazioni sensorie e motorie, ossia come una rievocazione mnemonica con sedi negli stessi centri dove si erano compiute le sensazioni o le determinazioni di moto originarie. Anche il pensiero astratto, essi dicevano, si forma per mezzo di rappresentazioni diverse, principalmente verbali, che in alcuni analisi sono poi riducibili a suoni, a segni grafici, ad immagini sensoriali, secondo che l'individuo è un udito, un visto od un uditivo, un tipo d'ascoltatore, di lettore o d'ordine. E CARPENTER diceva: quando si pensa a Dio, si vede l'immagine d'un vecchio. Ed altri adducevano ad esempio il concetto della fossa, che è un'astrazione, ma prende corpo nell'immagine d'una stanza, d'una persona ferma, d'un atto caratteristico, d'una parola, o *simbolo* dei cose, sempre però su una immagine.

Tra i fisiologi sperimentatori, il primo a riconoscere decisamente l'esistenza di poli dei centri motori e sensoriali, ossia una zona psichica, fu BERNARD, che nel 1874 assegnava i lobi frontali al pensiero astratto, invocando giustamente il loro sviluppo crescente nella scala dei mammiferi, l'abbandono di fibre mieliche ai poli anteriori del cervello, e la rovina che la parola progressiva, distruttore inquilino dell'intelligenza, porta sistematicamente nella corteccia di questa regione.

La localizzazione in massa del pensiero astratto condurrà ogni altra localizzazione specifica di funzioni intellettuali a lascia erodere che le forme più concrete e più simili di pensiero si svolgono, per semplice rievocazione mnemonica di immagini sensoriali o motorie, nei centri associati e motori. Un centro esecutivo del pensiero propriamente detto rappresenta un primo grado di localizzazione psichica, ma, combinando con le espressioni più elevate del pensiero in un solo organo, si condanna

ogni ripartizione ulteriore in centri motori. Tuttavia anche questo tentativo di primo grado pare superfluo, minutoso e contrario alle scoperte, che si venivano facendo ogni giorno, di nuovi centri motori e sensitivi in territori estesi e piuttosto lontani dalla sede delle prime conquiste sperimentali. Si cominciò dall'interpretare i movimenti volontari come rappresentazioni attive di sforzi ed atteggiamenti insensibili, purificando la zona motoria nel suo organo di sensibilità muscolare (Musk, Scurry), e si finì per ridurre tutti i fenomeni psichici ad immagini, rievocando nel mantello corticale una pura serie di centri sensitivi: allora, si potrebbe chiamarla, della *potentissima corticale*. Insomma, quanto più estesa e frazionata diventava la localizzazione dei centri sensitivi e motori (o insensibili che fossero), tanto meno si poteva largheggiare all'innanzi del solo precolando in favore delle funzioni intellettuali. E perciò, tra la loro localizzazione, per quanto timida e generica, nei lobi frontali (secondo il concetto di Herzig) e la loro esclusione da qualunque sede propria, secondo il concetto di Musk, Scurry e Wixson) prevaleva piuttosto la tendenza anti-localizzatrice. Di fronte al quesito delle localizzazioni psichiche, si contrapponeva, se non una negazione pregiudiziale, un silenzioso ostile, raramente interrotto dalle espressioni di un dubbio vago e fugace.

Nel 1894 riprese vigore la tendenza localizzatrice; Goltz, che aveva criticato con l'autorità d'una grande esperienza personale la concezione in senso troppo gretto e letterale dei centri sensitivi e motori, volle dedicare un uomo breve ma apposito ed assai efficace allo scopo di far sapere che i cani da lui mutilati nel cervello frontale cambiavano di carattere, diventando histetici e intorpiditi ma aggiungeva che i cani sommi del cervello occipitale, conservandosi placidi ed affettuosi, cadevano in uno stato di demenza anche più profonda. Questa osservazione, non del tutto nuova, perchè già in parte espressa da Broca, fu confermata nell'uomo, con una casistica assai accurata di tumori encefalici, da Luzzana Writ, e nel cane, con nuovi esperimenti, da Groszicka, come pure da Brichtman, che estese l'influenza sul carattere anche ai lobi parietali e temporali.

La preminenza delle funzioni psichiche nei lobi prefrontali fu consacrata sperimentalmente, oltrepassando la fisiologia del cane, quando Ferrius nel 1892 e Bianchi nel 1894 ebbero modo di riscontrarla sulle scimmie, dal solo precolando in avanti. Le scimmie operate da Ferrius perdevano la *concentrazione psichica*, ossia l'attenzione. Secondo Bianchi, esse perdono ben più: il potere d'imitare i movimenti che partono da altre regioni del cervello (e ciò in armonia con Goltz), quello di rievocare le immagini delle sensazioni precedenti sotto forma commemorativa, e finalmente l'istintivo d'associare queste immagini in sintesi astratte. La

«essa» la sinestasiologia si riserva nell'uomo per funzioni cerebrali con sede incerta.

Lo studio delle localizzazioni sperimentali, avendo raggiunto tutto lo svolgimento possibile, non permette più di riservare altre ragioni della coscienza corporea o centri sensitivi o motori da scoprirsi in futuro, se di utilizzarli nell'educazione di limitati a quelli già scoperti. Perciò i fisiologi, lottando col elmo e con quanti si occupano del quesito da altri punti di vista, non hanno più alcuna ragione di ritenere spazio col pretesto che manca ad una zona psichica, la cui esistenza s'impone, anche prescindendo dalle ricerche sperimentali. Basta un semplice sguardo all'immensa corrispondenza per convincersi dell'esattezza vana che la corteccia cerebrale raggiunge nell'uomo in confronto agli altri vertebrati, comprese le scimmie. Credere che tutto questo *aggruppamento corticale* corrisponda ad un maggior raffinemento della sensibilità o dei movimenti motori e quindi ad una moltiplicazione di centri sensitivi e motori, o fuori d'ogni verosimiglianza: l'uomo è, per molti riguardi, meno vigile e meno agile degli altri mammiferi e degli uccelli. Invece è legittimo e quasi ovvio attribuire la vastità, assoluta e relativa, della corteccia umana, alla superiorità intellettuale dell'uomo, che è davvero immensa ed indiscutibile, sebbene un'esagerazione di zelo darwinistico tenda inutilmente per la tesi ad impericlarla. Come una modificazione strutturale della mano serve, nel pipistrello, a produrre l'efficienza al volo, così una così lieve aggiunta di elementi nervosi e di connessioni automatiche deve interpretarsi, nella corteccia cerebrale dell'uomo, non già come causa di lievi differenze fisiologiche, ma come ragione del perfezionamento a cui perviene nella specie umana il pensiero astratto, la memoria, la livella ed altre funzioni ignote agli altri mammiferi.

Gli esperimenti di Penfield e quelli di Broca sulle scimmie, in quanto illustrano la funzionalità prettamente psichica dei lobi prefrontali, confermano dunque un modo di vedere che è ormai divenuto generale. Ma questa localizzazione acquista un interesse d'attualità, in quanto condiziona, esplicita o sottintesa, una tendenza più importante dell'affermazione. E infatti, Hirsz, Buxton e Pratinu, mentre propugnano il carattere psichico dei lobi prefrontali, riesumano di riconoscimento alle altre regioni della corteccia, particolarmente ai lobi occipitali; o, per lo meno, non ne parlano. Così la serietà della localizzazione prefrontale si vede ed opporrebbe non tanto degli antilocalizzatori, quanto di coloro che, con Pratinu, ammettono, come vedremo, vaste e spericolate localizzazioni delle attività intellettuali in centri multipli e dissimiliati.

Lo studio delle atrofie e delle degenerazioni provocate sperimentalmente negli animali ha dato alle localizzazioni fisiologiche la sensazione dell'a-

attività, dissipando l'eccitazione generica ed aumentando la precisione del conflitto fra centro e centro. Ricerche analoghe su cervelli umani che avevano sofferto mutilazioni per trauma od operazioni chirurgiche hanno dimostrato, per opere di LEVY e DEAYER, BARTHOLOW, SCHAMASSA, NANCROTTE e, più specialmente, di BÉCLÈRE, che le localizzazioni stabilite nelle scimmie sono esattamente applicabili all'uomo.

In complesso, l'anatomia sperimentale tende a restringere i limiti dei centri sensivi e più ancora (MOSKOW) dei motori, indicando da un lato delle località assai circoscritte di condizionate funzionali, dall'altro (per esclusione) delle larghe zone che non risentono alcun effetto né dalla soppressione di organi sensoriali, né dall'amputazione di membra o di organi motori. I centri motori, presentandosi come radii di proiezione centrifuga, non possono più considerarsi come « semplici organi di sensibilità muscolare » e con questo ruolo la dottrina che abbiamo chiamato, per brevità, della *pancetta corticale*.

Di più, il racconto dei rapporti fra cellule e fibre riassume o rende incoerente il concetto, già inteso dalla fisiologia, delle zone assolute, ossia dell'intima vicinanza fra i gruppi cellulari che possiedono al movimento d'un dato organo perduto o quelli che ne ricevono gli stimoli sensibili.

I DATI DELLA PSYCHOLOGIA.

L'embriologia umana, interrogata col metodo di FLICHOZ, ha fatto conoscere che le funzioni di senso cominciano ad organizzarsi gradualmente e avanti a quelle di moto, dopo di che si organizza una terza serie di organi corticali che si rendono man mano a una funzione α , la quale non è certamente sensoria, né motrice, e che si sviluppa avvenendo, ossia *passiva*.

Il metodo di FLICHOZ, suggerito per la prima volta da MEYNIER circa trent'anni fa, venne applicato con molto frutto nella clinica psichiatrica di Lipsia dal 1881 al 1884; e successivamente, con altrettanto frutto e raddoppiato interesse, dal 1888 in poi. Questo metodo consiste nel ricercare le prime tracce di mielinizzazione, che risultano qua e là con la reazione di WEIGERT, e nel registrarne esattamente le date iniziali. Il processo di mielinizzazione, che coincide con la maturità funzionale delle vie di trasmissione, si compie ad epoche diverse per ogni fascio: nel cervello emisferico comincia al 5.^o mese della vita fetale, continua nel primo anno dopo la nascita, ed obbedisce ad una cronologia rigorosa: sia riguardo all'ordine con cui si mielinizzano i vari fasci, sia riguardo all'epoca assoluta che segna per ciascuno di essi il raggiungimento della maturità.

Prima fra tutte sono le fibre delle vie olfattive, del lemisco, delle vie ottiche e delle acustiche, ossia dei fasci cerebro-motori, che decorrono in senso ascendente e si proiettano nei centri sensitivi; in seguito, anch'esse a varie riprese, le fibre piramidali, ossia i fasci cortico-motori, che decorrono in senso discendente, proiettandosi dai centri motori; ultime le fibre che diremo cortico-corticali e che, non lasciandosi scorgere né alla



Fig. 1. — Schema del cervello umano che mostra i centri di proiezione e di associazione secondo T. FLEMMING.
Faccia esterna dell'emisfera cerebrale.

SE, zona sensoriale; V, zona visiva; A, zona uditiva; F, centro associativo frontale; I, centro associativo dell'insula; PST, centro associativo parieto-occipito-temporale.

porta d'entrata, né alla porta d'uscita del cervello, si giudicano estranee al sistema di proiezione; né ascendenti, né discendenti.

Queste fibre, che nascono e terminano nel cervello, sono di gran lunga più numerose delle altre, e costituiscono il sistema d'associazione. Appartengono al sistema d'associazione: 1.^a tutte le fibre che partono da un centro di proiezione ed arrivano a centri associativi; 2.^a tutte quelle che partono da centri associativi ed arrivano a centri di proiezione; 3.^a tutte quelle che partono da centri associativi ed arrivano ad altri centri associativi. Ed hanno di comune questo, che collegano centri con centri, cortecce con cortecce.

La delimitazione topografica dei centri sensoriali e motori è la seguente:

1.^a la circonvoluzione dell'ipocampo e le sue adiacenze, o *regione olfattiva*;
 2.^a la parte posteriore della 1.^a circonvoluzione temporo e i suoi dintorni,
 o *regione uditiva*; 3.^a il cuneo e le vicinanze del cuneo, o *regione visiva*;
 4.^a le circonvoluzioni centrali (frontale ascendente e parietale ascendente),
 la circonvoluzione para-centrale, i poli della 1.^a e della 2.^a frontale, ossia
 la *regione somestetica*, sede dell'attività senso-motora per ciò che si ri-
 ferisce agli arti ed al tronco (fig. 1 e 2).



Fig. 2. — Schema dei centri di posizione e di associazione secondo P. FLORENCE.

Parte interna dell'emisfero cerebrale.

OL, zona olfattiva; V, zona visiva; U, zona uditiva; P, zona associativa frontale; POT, centro associativo parieto-occipitale-temporale.

Tutto il resto, vale a dire circa due terzi della corteccia, è *regione psichica*, e si divide ulteriormente così:

- 1.^a Zona prefrontale
- 2.^a = insulare
- 3.^a = temporo-parieto-occipitale.

I centri della parola sono compresi nella zona psichica, perché si manifestano verbalmente, e infatti le loro funzioni hanno un carattere prettamente psichico.

La schema di FLORENCE (fig. 1, 2, 3 e 4) non è confermata in tutti i

non particolari. Di ciò trassero partito, per risparmiarne il contenuto fondamentale, varie correnti: « non furono pochi a cui mancò l'onestà o l'ingenuità ogni tentativo di violare il pensiero allo sparo, e forse, pezzu ancora, di adagiarlo in casellari verticali secondo le varie firme della sua attività. Ad una selezione così densa di conseguenze non furono risparmiati né le critiche iniziali, né gli attacchi violenti: ma l'opera di PLANCH non è rimasta senza delle sue solide basi.

I centri, che per la data della intelligibilità dovrebbero unirsi alla dignità di associazioni o legare come sistemi, sono già essi numerosi (fig. 2 e 4); e potranno, col progredire delle indagini, raggiungere un numero maggiore. Di qui il sospetto che, col salvataggio dell'analisi embriologica, si voglia far passare il contraltare di una nuova frenologia. Ma il sospetto è ingenuo. Nell'informare il posto e l'estensione delle funzioni associative, PLANCH non pretende di distribuire fra di esse le varie funzioni della coscienza, come sono classificate dalla psicologia introspettiva, né d'intervenire l'aspetto subiettivo del processo mentale che si svolge in un punto del cervello. Egli non dice, come tutti, qui ha sede la previdenza, il senso morale, la forza dialettica, l'immaginazione, ma si limita ad accontentare: qui si svolge una funzione embriologicamente tardiva, presuntibilmente psichica. Ed aggiunge: se la località in questione corrisponde, per esempio, col centro specifico della visione, dei fenomeni verbali o dei movimenti manuali, è probabile che la sua funzione sia appunto quella di «overstare alle immagini ed agli impulsi corrispondenti, elaborando la stessa azione del centro subordinato.

Ben di rado le intuizioni di PLANCH si spingono fino a segnalare la precisa forma con cui si esplica l'attività superiore; e ciò non avviene in quei casi che a favore d'una sola specificazione, la più semplice possibile, quella della verticalità. Dove si può ricavare la legge generale che ad ogni centro specifico di associazioni corrisponda, in una zona vicina o circostante della corteccia, un deposito sinemático. Localizzando la memoria di certe immagini o, meglio, la loro elaborazione psichica (qualunque sia) in una zona corticale che abbia i requisiti embriologici ed anatomici di una istanza parata, non si pecca d'arbitrarietà. In fatto, non si fa che strutturare o risolvere un'equazione ad una sola incognita: la funzione cerebrale ha sede in un centro corticale già differenziato e classificato embriologicamente, essa si disegna in abiezione sotto la forma d'una solidità fra il centro dorsale e un centro anatomicamente collegato: e la funzione specifica di questo secondo centro è già nota sperimentalmente. Non è illegittimo argomentare un rapporto tra due termini, di cui uno è interamente noto dal lato embriologico o fisiologico e l'altro parzialmente dal lato embriologico.



FIG. 1



FIG. 2

Fig. 1 e 2. — Schema di P. Valentin secondo le varie divisioni di questa autore.

FIG. 3. — Cervello umano visto di profilo.

Fig. 4. — Cervello umano, visto dalla superficie inferiore ed inferiore.

Le lettere indicano l'ordine con cui si succedono le fibre nel caso di un cervello normale. Le lettere a fianco della figura indicano il numero delle fibre.

Fig. 5 e 6. — Sezione trasversale del cervello (Fig. 5) e del cervello (Fig. 6).

Fig. 7 e 8. — Sezione trasversale del cervello (Fig. 7) e del cervello (Fig. 8).

Fig. 9 e 10. — Sezione trasversale del cervello (Fig. 9) e del cervello (Fig. 10).

Tutti i numeri. — 1.

Per quanto si voglia mettere in dubbio che esistano centri specifici di memoria associativi (pare che lo stesso FLACUSO non vi presti gran fede), non ne viene la necessità di distruggere la parte sommaria della dottrina. Rimane sempre indiscutibile da un canto l'esistenza di stazioni associative, dall'altro la natura specifica dei rapporti associativi che le collegano a centri conoscitivi di proiezione; e dalla natura specifica dei rapporti associativi è lecito inferire che nella sfera di quei rapporti si svolgono funzioni differenziate dell'intelligenza.

Si era mosso a FLACUSO un'altra obiezione: che i centri associativi non sono totalmente privi di fibre proiettive. Ma FLACUSO non tardò a convenirne, riconoscendo ch'essi sono poveri di queste fibre, non privi. Parimente è da notare che i centri sensitivi e motori sono, a loro volta, tutt'altro che sprovvisti di fibre associative, ed anzi contano più fibre associative che proiettive (MOSKOW). L'associazione è l'adattamento fondamentale per cui s'è sviluppato il cervello; tuttavia vi è sempre un netto distacco fra i centri di proiezione e quelli d'associazione, che ci preserva della possibilità di confonderli insieme.

Un'obiezione più grave è quella che si ribatte, in linea di fatto, all'ordine cronologico della ontogenesi. Certi fasci d'associazione sono assai precoci nel loro sviluppo embriologico e precolono i più tardivi tra i fasci di proiezione. Si può rispondere: questo fatto è un indice dell'alto valore fisiologico che i fasci in parola, quantunque d'acquisto recente, hanno già raggiunto nella specie umana. È dimostrato che gli organi meno antichi nell'evoluzione filogenetica, quant'almeno acquistano molti automismi ed importanza fisiologica, anticipano sempre più in loro comparsa embriologica nell'individuo; e così si turba il parallelismo dell'ordine cronologico tra l'ontogenesi e la filogenesi. Un esempio di questa legge non abbastanza ricordata è appunto il cervello dell'uomo, che è già sviluppato ed ha aspetto umano o quasi umano, quando l'utero della neonata presenta ancora una struttura embrionale. Un altro esempio è quello dello scielote encefalide, che, ultimo arrivato nella filogenesi, raggiungeva tra i suoi parenti quando il cervello è appena abbozzato.

In ogni modo, per evitare gli equivoci, FLACUSO precisa felicemente il criterio della propria classificazione: « mantenendosi negli stretti limiti dell'embriologia, dove le sole strutture della corteccia in *proetorhinali*, *terminali* e *intermedie* (fig. 2 e 4). Fra le *proetorhinali* non si trovano che centri di proiezione; tra le *terminali* non figurano che centri di associazione; ma fra le *intermedie* sono rappresentati gli uni e gli altri, precisamente. In altre parole, solo nella categoria delle zone *intermedie* la legge di corrispondenza tra la filogenesi e l'ontogenesi è leggermente alterata da un'altra legge: quella dell'affrettamento a beneficio dei centri pretermediali.

I DATI DELLA PSICOLOGIA UMANA.

La psicologia umana ci porge, per lo studio delle localizzazioni mentali, i dati più preziosi e sorprendenti. Essa ci indica, negli stessi centri motori e sensitivi, una *gerarchia* che propende all'ammissione di centri psichici. Sembrava che una parte della corteccia vedesse gli oggetti (il tutto e specialmente il fondo della scintilla calcareina); ma che sia una parte differente quella che li riconosce dopo che furono veduti (la volta o l'arcata esterna del lobo parieto-occipitale). La psicologia aveva già intraveduto l'impotenza della distinzione fra gli atti di pura sensazione e gli atti mentali di rappresentazione simbolica. Ora, la clinica ha rintracciato la conferma di questa distinzione nello sviluppo di due quadri sintomatici affatto diversi, quello della cecità psichica e quello della cecità corticale (perdita della visione semplice); e l'anatomia patologica ha rivelato a sua volta lo sviluppo clinico e fisiologico delle due funzioni mostrando che esse vanno divise fra due centri diversi della corteccia.

I centri della parola (parlata, udita, scritta o letta), che la patologia ha messo in tutta rilievo, e che sarebbero rimasti ignorati senza di essa, costituiscono non solo un inizio sicuro di localizzazione psichica, ma anche la rivelazione d'un fatto di somma importanza, che la fisiologia cerebrale non aveva mai sospettato. Questi centri, eminentemente psichici, a differenza dei sensitivi o dei motori, sono situati nell'emisfero sinistro, salvo i casi di mancamento, e non sono punto rappresentati nell'emisfero destro. Accanto alla legge della *psicocoria* tra i vari centri corticali sorge dunque, al primo rivelarsi dei centri psichici, la legge dell'*emisfericità*.

Le funzioni psichiche, salendo di grado, si unilateralizzano in centri propri, che vengono al crescere la massa del cervello. Questa unilateralizzazione non è che un adattamento, di cui è evidente l'utilità e quindi la cura. Gli organi periferici della sensibilità o del movimento sono tutti doppi, perché il corpo umano è diviso in due metà laterali e perfettamente simmetriche; di qui la duplicità dei loro centri che ci permette di avvertire esattamente la posizione e la direzione dei fenomeni esterni, come pure l'obiettivo e la direzione dei nostri movimenti di reazione. Ma le rappresentazioni simboliche ed astratte, non avendo un posto preciso nello spazio esteriore, non hanno bisogno d'un riscontro topografico nel nostro corpo, e perciò sfuggono alla distinzione tra il lato destro e il sinistro. Probabilmente, esse si avvantaggiano ed acquistano maggior forza di generalità ed astrazione, se rimangono il loro legame con la via di proiezione, che fanno il torto di mirare ad un obiettivo materiale del mondo esteriore o di provincialismo. Perciò anche i centri psichici si eman-

capano come la loro limitazione dalla legge di simmetria che regge la sensibilità e il movimento: essi si rendono asimmetrici, unilaterali (RAMON Y CAJAL). Questo adattamento presenta il vantaggio dell'economia fisiologica, perchè risparmia alle funzioni psichiche un raddoppiamento ingeneroso di organi nei due emisferi cerebrali; ed all'economia anatomica corrispondendo l'economia fisiologica, perchè in una massa eguale di cervello possono, grazie alla legge d'unilateralità, specializzarsi più centri psichici, purchè si ammetta ch'essi siano in grado di formarsi anche nell'emisfero destro, come appunto si tende oggi a credere non senza validi inizi.

I DATI DELLA ANATOMIA NORMALE.

L'anatomia normale, che nella sua lunga fase macroscopica era rimasta impenetrabile alle curiosità della psicologia, e non vi aveva risposto che una volta sola, per mezzo di GALL, ma con metodi fallaci e fuori di disciplina, è diventata un terreno prezioso allo studio della localizzazione psichica da quando si sono moltiplicati i metodi e i punti di vista dell'analisi microscopica. Il rapporto fra il cervello e l'intelligenza, che pareva inafferrabile, comincia a delinearsi sulla tela dei dati anatomici. Da dieci anni in qua furono colmate molte lacune, e le nozioni accumulate in lunga copia furono spesso riunite in lucido sintesi, specialmente per merito di RAMON Y CAJAL.

Le varie regioni corticali hanno una struttura caratteristica, che permette sino ad un certo punto d'identificarne il nome e la funzione sui tessuti preparati al cromo d'argento, anche osservando da qualunque lato topografico. Per esempio, la corteccia limitata od obliqua si distingue allo spessore del suo strato molecolare, all'assenza delle piccole piramidi, all'aspetto di pennacchio rovesciato disperso: che offra i dendriti delle sue piramidi medie e giganti. La corteccia granulosa si riconosce alle grandi cellule uniformi e triangolari disseminate orizzontalmente negli strati bassi, all'abbondanza e delicatezza dei corpuscoli con doppio pennacchio, *granulosi*, alla sottigliezza del plesso sensoriale che si stende nelle anfratti dei grandi o delle piccole cellule. La corteccia ruvida è caratterizzata dalla stria di GRENIER, dalla spugnosità dei granuli, dalla regolarità della loro disposizione, dalla presenza in mezzo ad essi di speciali cellule stellate con asse lungo e discendente, dal grande numero di elementi piccoli con asse ascendente, e dalla scarsità di piramidi medie o giganti. La corteccia evanescente ha per connotati: il più grande spessore totale, la quantità straordinaria di piramidi medie e giganti e l'estensione in questo strato d'un plesso sensoriale con rami colaterali, obliqui e soggetti a numerose dicotomie.

Quanto alla corteccia *associativa*, essa presenta una maggior folla di cellule giganti non solo nello strato classico che prende il nome dalle grandi piramidi, ma anche in quello delle medie piramidi, che altrove non ne è molto ricco; e questa insolita ricchezza di cellule giganti in uno strato immediatamente sottoposto a quello così detto dei granuli, che è appunto il convegno principale delle fibre provenienti da altri centri, conferma ed accentua assai bene l'ufficio *intenzionalmente associativo* della regione.

Le differenze anatomiche fra le varie regioni sensoriali non costituiscono una particolarità dei mammiferi superiori, anzi esse sono così evidenti



Fig. 1. — Corteccia parietale di oranghi; sezione frontale, un po' dietro al livello posteriore del corpo calloso. In *a* la corteccia ha caratteri differenti da quelli che presenta in *b*; il passaggio avviene rapidamente in *c*. All'esterno di *a* la corteccia assume un tipo ancora più differente e la transizione avviene nettamente in *c*. (Metodo di Stow, ingrandimento diametri 4/10).

anche negli inferiori, che il passaggio da una zona all'altra si svolge con sicurezza a colpo d'occhio (fig. 5 e 6). A questo modo ogni grande regione corticale possiede, fino ad un certo punto, un'*individualità di struttura*. Se poi si considera la singolarità delle comunicazioni che uniscono anche i più minuti riparti della corteccia piuttosto con l'una che con l'altra di queste grandi regioni istologicamente differenziate, si vede spuntare, oltre all'*individualità di struttura*, una *individualità di posizione*, che non manca a nessuna delle circoscrizioni corticali finora designate come centri, e che basta, anche da sola, a consacrare la specificità delle loro funzioni. L'anatomia normale parla dunque assai chiaramente per la *pluralità dei centri psichici*; dove la distinzione tra centro e centro non risulta da particolarità di disposizioni interne, essa nasce, per lo meno, dalla particolarità dei rapporti esterni.

Se le regioni psichiche presentano nel loro insieme un'*individualità di*

continua, che permette di distinguere dalle zone di proiezione, non si conosce ancora alcuna caratteristica istologica per distinguere i centri psichici l'uno dall'altro. La proiezione della loro specificità funzionale non ha dunque altra base che la differenza dei rapporti topografici, ossia ciò che abbiamo definito per individualità di posizione. Stando alla suggestione di queste differenze, affatto relative, la serie dei centri psichici, più che ad uno schema unitario e completo di funzioni differenziate su l'insieme, sembra dover corrispondere alle diverse categorie di ma-



Fig. 1. - Sezione frontale attraverso il cervelone, ingrandimento 100x. Il nervo dell'istmo della punta del lobo cingolato. Questo nervo condurrà le fibre della corteccia e porterà la corteccia al lobo cingolato, che si vede come un'istmo del cervelone. (Metodo di WATSON, ingrandimento 100x) (4/22).

teriali in cui si esercita il processo associativo, ossia ai rapporti anatomici coi vari focolai associativi e motori. In altre parole, l'anatomia indica genericamente l'esistenza di centri sopranumerali e sopramotori, la cui sull'attività risponde quella delle sensazioni e dei movimenti, ma non mostra di suggerirci per conto proprio e specificazione più profondo.

L'istologia cerebrale intraluce nel concetto di corteccia funzionale altro tanto ed altro restrittivo, di cui conviene tenere il massimo conto. Essa ci insegna che le vie sensorie, esigue alla periferia e nel loro primo tratto, sono ampie nel loro sbocco terminale ai centri della corteccia, perché il processo nervoso, proiettandosi nella corteccia, ne impegna una superficie assai più larga di quella da cui proviene originariamente. Ciò si può osservare al esempio della via ottica: un bastoncino della retina, costituito da un filo di luce microscopicamente sottile, termina l'occhio

centro per vari ordini di neuroni, il cui numero cresce rapidamente di mano in mano che si procede dalla periferia verso il centro, sicché la corrente nervosa invade a valanga una specie di cono ideale, il cui apice si trova nel bastoncello e la cui base corrisponde alla proiezione corticale. legge della valanga. E questo per un eccitamento continuo di un'esiguità immaginaria che è certo al di sotto della minima sensazione possibile figurarsi per una sensazione ordinaria. Un'immagine viviva impegnata nella cortecchia un numero di cellule stimolato.

La proiezione corticale d'una immagine retinica, per piccola che sia, è infatti la somma di molte proiezioni parziali, e precisamente di altrettante quanti sono i bastoncelli (= i coni) eccitati. Ma poiché gli elementi della retina sono assai ravvicinati, così le proiezioni che corrispondono a ciascuno di essi nella corteccia visiva riescono parzialmente sovrapposte, come i cerchi che si allargano sullo specchio limpido dell'acqua sotto l'azione della pioggia; ogni filo di pioggia disegna nell'acqua il suo cerchio, ed ogni cerchio si confonde in gran parte coi vicini, senza possedere un solo punto che non sia comune con altri cerchi (fatta eccezione nei cerchi estremi); eppure non vi è cerchio che non abbia la sua individualità precisa e matematica, né si avrebbe alcun diritto di scambiare uno con gli altri.

Un esempio ancor più meraviglioso della maniera con cui gli eccitamenti funzionali si sparpagliano lungo le vie di proiezione ventripeta, ma non senza un ordine rigoroso e forse un certo ritmo prestabilito, è quello che ci si offre ad un diligente esame istologico dell'organo olfattivo (fig. 7). Lo stimolo odoroso che è stato raccolto da un elemento periferico della mucosa schmeidleriana (non rappresentato nella figura) mentre, fin dalla sua prima tappa nel bulbo olfattorio, una serie di elementi avanziati che lo indirizzano verso il centro corticale o lo respingono parzialmente verso stazioni già passate o lo riatalizzano lateralmente ad altri elementi intermedi, rompendo ad ogni passo il suo cammino quasi per allargare e poi protrarre gli effetti.

Ogni cellula olfattiva della mucosa nasale manda al bulbo una fibra a che termina ramificandosi in un glomerulo⁵. Nei glomeruli e intorno ad essi abitano i granuli esterni di Kollasta, e che coi loro dendriti ricevono eccitamenti dalle fibre glomerulari in cui si trovano avvolti, e li trasmettono a due o più glomeruli contigui per mezzo d'un asse o decorso orizzontale. Ma ad ogni glomerulo allungono stimoli due altri ordini di cellule: le grandi cellule mitrali e le piccole cellule o plexiformi.

Le cellule mitrali d' un plexo ad glomerulo per mezzo d'un grosso dendrite *d'*, il *dendrite plexiforme*, così chiamato perché filageticamente più antico, e che rappresenta l'organo diretto della trasmissione olfattiva, mentre altri dendriti, *d''*, delle stesse cellule mitrali si slanciano orizzontalmente e lungamente nella zona plessiforme esterna (fig. 7, 2), dove ricevono varie specie di stimoli indiretti che vengono osannando. L'asse delle cellule mitrali costituisce la vera via maestra dell'olfatto; un primo di addentrarsi nella cellula esterna del bulbo, emette parecchie collaterali ricorrenti *d''*, che portano stimoli indiretti ai dendriti accessori di numero

vi si perdono, poi procede verso i centri, sia possa per la commissura anteriore al bulbo olfattivo del lato opposto. Le distribuzioni collaterali lungo la zona plessiforme interna o terminano abbracciando i corpi delle cellule mitrali. Perciò questi neuriti, più sottili degli altri, si presentano in ciascun bulbo olfattivo sotto due aspetti differenti: ve ne sono in partenza, e, o ve ne sono in arrivo, *b*, che provengono anch'essi da cellule a pennacchio e precisamente dalle loro simili dell'altro bulbo.

Con questo non è finita la diffusione dello stimolo olfattivo. Nella zona plessiforme interna dimorano tre tipi di cellule ad assoni corti e ramificati. Alcune, cellule di Golgi, *c*, sono dotate di un assoni piccolo che si ramifica a breve distanza nello stesso strato plessiforme. Altre, più grosse, cellule di BLANKS, *d*, precedono un neurite che si ramifica similmente a breve distanza e tra i limiti della zona in cui è nato, ma per un'estensione assai maggiore. Altre infine, cellule di CAJAL, *e*, espandono il loro neurite nella zona plessiforme esterna, dove portano ancora un supplemento di stimoli ai dendriti accessori delle cellule mitrali. Questi tre tipi di cellule ricevono l'onda nervosa dalle collaterali ramificate nella loro zona, ossia residui e derivativi della corrente principale, riportandoli alle cellule mitrali.

E non è ancora finito. La zona interna dove scorrono i fascetti delle fibre centripete e centrifughe, *f*, è popolata di singolari elementi, i granuli, *g*, privi, come le cellule amiarine della retina, di un vero assoni differenziato. Essi possiedono un piccolo ciuffo di dendriti centrali e un lungo, ridottissimo prolungamento periferico che attraversa perpendicolarmente la zona plessiforme interna e la schiera delle cellule mitrali per espandersi nella zona plessiforme esterna sotto forma d'un pennacchio a fili dendritici spinosi. È verosimile che questi elementi amiarini ricevano stimoli sul loro corpo e sui loro dendriti centrali da certe fibre che partono in senso centrifugo dalla corteccia olfattiva, *h*, che ricevono altri stimoli sul loro tronco mentre attraversa la zona plessiforme interna, per opera delle innumerevoli collaterali (o retunole); e che tutti questi stimoli sono scaricati per mezzo del pennacchio terminale sui dendriti accessori delle cellule mitrali.

Tralasciamo tutte le deviazioni, le giravole o le arborescenze progressive che si svolgono, anche per il più insignificante degli stimoli olfattivi, nel labirinto della corteccia cerebrale. Ci basta d'aver dimostrato che da una sola cellula della lamina schierosa si può sviluppare una corrente nervosa capace di diffondersi internamente o che, prima ancora d'aver lasciato il bulbo olfattivo, ha già subito diffusione e peripezie di grandissima portata. È probabile che, procedendo di quel passo o da più cellule periferiche, lo stimolo fisiologico finisce con l'irradiarsi sempre, qualunque sia la sua forza e la sua natura, in tutto della corteccia olfattiva. Sicché la valanga olfattiva si può immaginare come un'onda che, avendo l'apice in una cellula periferica, occupa poi in base tutti il dominio sortendo dall'olfatto.

Ne viene di conseguenza che, mentre una singola sensazione olfattiva è opera collettiva d'innumerabili, forse di tutte le cellule della corteccia olfattiva, a ciò stimolate da un lavoro inconsueto e notturno assai prolungato di cellule precorticali, ogni cellula della corteccia olfattiva deve prendere parte alla sensazione di ogni possibile stimolo olfattivo, contrapponendo risposte diverse ad ogni stimolo diversamente scalfito.

Da questa fatti scaturiscono alcuni principi di straordinaria importanza.

1.° I processi sensoriali (siano pure elementari, come la percezione,

se fosse praticamente possibile, d'un eccitamento isolato sopra un bastoncino della retina) e per ragioni analoghe, se non più forti, i processi psichici, sono sempre un fenomeno *pluri-cellulare*. Insomma la coscienza ha per esistenza necessaria l'attività di molti centri sinergici; e l'attività isolata d'una singola cellula (o di poche) non costituisce che la *frazione* d'un fenomeno cosciente. Ora, la *frazione* d'un fenomeno cosciente è qualche cosa di non rappresentabile, vale a dire un fenomeno di pura meccanica fisiologica; ciò vale quanto dire che un singolo elemento corticale non è mai capace d'albergare o di produrre per conto proprio una immagine coerente, nemmeno quella di un punto luminoso che avesse colpito isolatamente un bastoncino od un cono della retina.

2.° D'altra parte, come ogni cellula della proiezione visiva corrisponde a molti cono e bastoncini della retina, non già ad uno solo, così è da ritenere che ogni elemento corticale (e più che tutti quelli dei centri associativi) si trovi in rapporti multipli con altri elementi, periferici e centrali, e sia per ciò in grado di risentire una gamma d'impressioni diverse per origine, fino ad un certo punto, anche per natura. La cellula corticale è *poli-sensitiva*. La sua funzione è dunque ben lontana dal restringersi ad un'unica forma d'attività stereotipata; ma non consiste nemmeno nell'accessibilità infinita a qualunque stimolo: è semplicemente l'*espressività* ed un certo numero di *stessi* stimuli, *eterogenei* e *tra loro diversi*, ma probabilmente poco dissimili, che arrivano da varie parti per vie anatomicamente prestabilite, ora di conduzione, ora in piccolo corteo, a seconda dei casi. Così si producono frammenti di sensazioni o d'immagini simboliche che, integrandosi con tributi funzionali d'altre cellule centrali in grandissimo numero, danno luogo al fatto psichico nelle sue infinite varietà, cioè alle sensazioni od alle immagini esperte, perché più o meno complete, di affiorare come tanti coscienti.

3.° Ogni cellula corticale è insieme un organo di ricezione ed un organo di scario, in quanto può riversare su altre cellule lo stimolo che ha ricevuto. Se come organo di ricezione l'elemento della corteccia ha la capacità di ricevere vari stimoli, non già uno solo, esso gode d'una certa *selettività* anche come organo di distribuzione, perché, una volta impressionato passivamente, può mettersi in sinergia funzionale ora con l'una, ora con l'altra delle costellazioni cellulari, prossime o lontane, a cui è legati anatomicamente. Questi rapporti anatomici rappresentano altrettante *possibilità funzionali*, che si affrettano o no, secondo le circostanze del momento.

Il corso del pensiero è dunque assai precario. La sua variabilità dipende non solo dagli avvenimenti esterni, ma anche dalle vicende intime delle innumerevoli cellule che, facendo parte del sistema associativo ad

sua discontinuità: correnti nervose, sono in grado, ciascuna dal canto proprio, di attirarla o di respingerla. A questo modo le grandi comunicazioni fra centri e centri, e poi, ancora, le comunicazioni microscopiche fra cellule vicine, non diventano obbligate — che parzialmente, momentaneamente e col favore di certe condizioni fisiologiche. In teoria, il processo psichico potrebbe espandersi senza limiti dovunque trova una continuità anatomica; ma in pratica esso incontra resistenze ed opposizioni, talvolta di natura tossica, che non gli permettono né di esorbitare da una data precoerenza, né di sottrarsi. E per questa variabilità dinamica le correnti nervose possono assumere, muovendo da uno stesso punto di partenza, un numero quasi infinito di figure materiali nello spazio corticale e di figure subiettive nella coscienza.

Nel polidivismo delle cellule corticali si deve cercare la causa principale delle varie direzioni che possono assumere le correnti nervose del cervello. A sua volta, il polidivismo degli elementi corticali è spiegabile come un effetto della loro posizione. A contatto con tutte altre cellule diverse ed esposta a tante forme d'associazione, la cellula della corteccia esercita aquesta la proprietà di reagire in vario numero, e a poco a poco, per adattamento, anche quella di non reagire o di esercitare addirittura un'influenza inhibitoria. E non è inverosimile che essa si comporti di fronte all'onda incidente del processo funzionale come un organismo vivente: si mette al lavoro nel suo agente esterno, cioè stimolando, secondo le occorrenze, atti di elevandosi positivi o negativi.

Secondo la teoria del monismo, la discontinuità sarebbe favorita dalla discontinuità fra l'espansione terminale dell'assone e il corpo della cellula successiva, ma è comunemente impugnato che tale discontinuità, per quanto certa in fase di sviluppo, persista nell'età adulta. In ogni modo, il potere della chimiotassi si può spiegare anche fra neuroni continui ed allineati: dalle loro solature reciproche, per mezzo delle spine che cuprono i pericariometri protoplasmatici come una fitta pellicola e che sentono capaci di espandersi o di ritrarsi in rapporto col lavoro funzionale.

Con le affermazioni che abbiamo enumerato, il concetto dei centri psichici perde quel sapore di frenologia che gli venne rimproverato un po' troppo sommariamente. Si era detto che il numero e l'estensione dei centri corticali, oltre pure la loro disposizione topografica, essendo vincolati allo schematismo dello sviluppo embriologico, non possono presentare grandi differenze da un individuo all'altro, e tanto meno da un istante all'altro nell' stesso individuo; e che ciò rendeva inspiegabili le infinite maniere con cui si seguono le immagini, le idee e gli affetti anche a parità d'ambiente esterno. Ma l'obiezione non ha alcun valore, perché l'invariabilità anatomica della trama cerebrale è compensata dalla gran-

destina infatti con due grazie all'immenso numero ed alle molteplici proprietà delle cellule corticali, possono curare i processi dinamici del cervello. Poiché una reazione psichica, per quanto apparisca semplice, si annunzia sempre, come abbiamo visto, in molte cellule nervose, e poiché a ciascuna di queste cellule non può competere che un contributo di partecipazione all'atto funzionale, anche se lo immaginiamo minimo e psichicamente inconsequenziale, basterà che una sola cellula del sistema «sorgio» o, per usare l'espressione di CALAT, della *piramide medullare»,* modifichi, sospenda o sospenda il suo concorso attivo, perché si determini una minima e delicatissima sfumatura differenziale nel complesso della reazione psichica; e la differenza, per piccola che sia, d'un singolo pensiero non sarà senz'effetto sullo sviluppo delle immagini, delle idee e degli affetti successivi.

GLI INDIZI POSITIVI IN FAVORE DEI CENTRI PSICHICI.

Se ora noi tentiamo di riapogarci in poche parole quello che ci diceva l'anatomia, la fisiologia delle vibrazioni cerebrali, l'anatomia delle aurore e delle degenerazioni sperimentali, la cronologia della mielogenesi, la patologia delle lesioni a focolaio e l'istologia normale del cervello, dobbiamo anzitutto riconoscere che la ricerca delle localizzazioni mentali è ormai uscita dall'arida vecchia delle questioni accademiche. L'atteggiamento di rinuncia rassegnata e quasi sdegnosa, che si ostentava fino a qualche anno fa di fronte a questa ricerca, è completamente abbandonato. Non solo si comincia ad ammettere la concentrazione delle funzioni mentali in zone diverse da quelle di sensibilità e di movimento; ma sulla vasta superficie di queste zone si comincia a scoprire se il lavoro psichico non si svolgeva uniformemente fra centri specifici con funzioni distinte.

In che modo si offenda la distribuzione e senza dubbio oscurissimo. Sentirei tuttavia che i centri psichici siano i depositari delle rappresentazioni. Dovrei per gruppi corrispondenti a quelli delle sensazioni e composte dei loro residui accumulati, le rappresentazioni danno materia alla memoria, alla fantasia, al pensiero logico e costituiscono un elemento superiore dell'attività intellettiva. Se non che, mentre le sensazioni e i movimenti volontari si svolgono doppiamente in centri sinistri e laterali, le rappresentazioni, non avendo alcun rapporto diretto col mondo esterno, si polarizzano in un emisfero solo: nel destro o nel sinistro, secondo il genere o cui appartenenza.

I centri sensoriali e motori non sarebbero dunque destinati che a resi-

non immediate e sempre nuove, di cui non sanno secolare alcuna traccia. Le tracce durature, ma incomplete degli avvenimenti che interessano i centri di percezione sarebbero conservate in altri centri: e di là, verificandosi certe condizioni fisiologiche, darebbero luogo, quando che sia ad un flashback dell'avvenimento originario ovvero alla riproduzione d'una sua singola particolarità che, assunta come attuale, basta a farne le voci nella coscienza. Il passaggio delle tracce rammentate dai centri doppi di sensibilità al centro unico di rappresentazione si compirebbe attraverso le fibre unilaterali e contralaterali che muovono dai due emisferi del cervello e convergono separatamente tanto all'uno come all'altro di essi.

Questo meccanismo, per quanto possa sembrare farraginoso, lascia comprendere anche anatomicamente la ragione del profondo distacco che nell'ontogenesi e nella filogenesi separa gli altissimi gradi dell'intelligenza dalle sue forme rudimentali. Le rappresentazioni, appunto perché segnano il progresso dell'intelligenza da una fase di coscienza puramente percettiva ad una fase di coscienza associativa, che richiede organi propri, sono il fattore necessario e sufficiente dello sviluppo a cui arriva il cervello negli uomini adulti, oltre alla sfera delle funzioni sensitive e motorie, e che gli fa superare ad immensa distanza i più ampi cervelli di animali umani e di mammiferi adulti, non escluse le scimmie.

Le idee che all'ingrosso esposto non sono ancora salite agli onori d'una discussione generale, ma hanno ispirato un certo numero di congetture e di osservazioni particolari, su cui si è stabilito un discreto se non uniforme accordo. L'unilateralità dei centri rappresentativi è stata ammessa da parecchi neurologi per l'espressione sinistra o per l'esecuzione di musica strumentale. Pare che la cecità psichica sia più profonda e che abbassi una maggiore quantità d'immagini visive quando la lesione è a sinistra. Persino il centro, che oggi si presonde doppio, del linguaggio parlato si dividerebbe, è vero, fra i due emisferi, ma in modo che al sinistro toccherebbe la funzione della parola meditata ed all'omologo di destra quella soltanto della parola automatica (HUGHES JACKSON, BASTYX, HYND-REASONABLE).

La psichiatria non può rimanere indifferente di fronte ad un indirizzo clinico che si afferma con localizzazioni così ardite e che è così prossimo a varcare le sue ultime frontiere. È necessario conoscere i motivi, formulati o latenti, che spingono la clinica contemporanea a separare i centri di rappresentazione da quelli di sensazione, malgrado l'assoma fisiologico che li identificava. Questi motivi non poggiano sopra reperti isolati di autopsie, ma sopra un insieme d'argomenti clinici e psicologici che non meritano d'esser passati in silenzio.

1. Nella vista acquisita per l'azione corticale (sensò «cortico») non si perdono i tratti visivi. Con'età ad osservare Noroviat, fin dal 1882, il potere d'avvicinare le immagini della vista rimane inalterato; e dunque più che probabile ch'esso risieda in un'area della corteccia distinta da quella della sensibilità visiva.

2.° Quando è distrutta la coscienza occipitale da una sola parte, si ha l'omotropia, così il disorientamento delle immagini ottiche, ma non il disorientamento delle rappresentazioni. Quest'ultimo fenomeno è del tutto estraneo nella patologia delle funzioni mentali. Il meccanismo che dà origine alle rappresentazioni deve dunque differire non solo topograficamente, ma anche intrinsecamente da quello delle sensazioni. E in loro disparità apparisce più nettamente se si ammette che le impressioni visive si localizzano nei due lobi occipitali, ma che le loro rappresentazioni, potendo spogliarsi degli attributi spaziali, si unilateralizzino o nel solo emisfero sinistro o con una legge di selezione ignota: alcune nell'emisfero sinistro ed altre nell'emisfero destro.

3.° Tra sensazione e rappresentazione esiste un vero contrasto psicologico che RAMON Y CAJAL ha messo assai bene in rilievo. La rappresentazione è una sintesi incompleta, sciolta e vacillante d'immagini congeneri che si sono involute o mescolate nel cervello ad epoche differenti: essa non ha un posto assegnato nel mondo reale o può rimoversi per effetto di sintesi interni. Invece la sensazione è la fotografia immediata e precisa, ma effimera e non rimovibile, d'un dato fenomeno esterno, a cui si può sovrapporre tale o quale, senza lacune, né ombre, né incertezze.

4.° Finalmente, ammettendo che le immagini delle cose siano percepite in un luogo e pensate in un altro, si fa ricreare la patogenesi delle allucinazioni, che sono una parte della psichiatria, nei quadri della fisiopatologia corticale, come cercheremo di dimostrare al capitolo IV. Stando invece al punto di vista classico, cioè d'un unico centro che serva primariamente alle sensazioni ed alle rappresentazioni, si va incontro ad una serie di difficoltà e di contraddizioni, che rendono impossibile una teoria soddisfacente e completa del fenomeno allucinatorio.

Un posto, non si deve cercare nei centri psichici allucinatori magnetici d'idea fatto e pronto al uscire dalla cellula in cui stanno rinchiusi una per una, come se fossero embrioni maturi nel guscio dell'uovo, ma una semplice localizzazione di tendenze elementari che, per passare allo stato attuale e diventare idee, richiedono uno sforzo dinamico di sintesi. Questa sintesi è in base delle tirande fisiologiche, e si compie non già nei limiti d'una singola cellula, ma a grandi distanze e fra migliaia di cellule più o meno indipendenti, che possono lasciarsi rapire a seconda dei casi per un diversò ed associarsi in attività sinergica anche se appartengono a

centri diversi. Insomma, i centri psichici non combengono idee, ma ingredienti d'idee; e, meglio ancora, essi hanno la capacità di produrre gli ingredienti che servono ad integrare le idee od a simbolizzarle; e la divisione fisiologica tra centro e centro non procede per categorie d'idee, ma per categorie d'ingredienti o di simboli.

I centri sensoriali della vista sono uno specchio, quelli dell'udito un risonatore, quelli della sensibilità cutanea uno strumento di segnalazione momentanea: e nulla più. Le rappresentazioni intensionali della realtà esterna e del nostro corpo si diramano in altri centri (unilaterali?) alla stato di simboli, e sono simboli diretti. Dai centri di rappresentazione i simboli diretti salgono, fuses, e convergono a centri superiori per formarvi concetti più generali e più astratti: *simboli di simboli*. Ma anche per questi centri superiori vale la legge che i loro processi funzionali sono sempre *paricellulari*; che ogni cellula ha la proprietà di resistere o di cedere agli eccitamenti, reagendo in varie maniere, benché tutte d'un genere; e che l'attività d'una singola cellula non corrisponde mai ad una figura pensabile, neppure tra le più elementari o tra le più vagamente simboliche, se non è integrata con quella di moltissimo altro cellule, forse a migliaia, sparse qua e là nel cervello. Perciò il contenuto preciso del tesoro psichico, come pure il grado della capacità intellettuale, sarà sempre un enigma agli occhi dell'anatomico. Solo il tipo generico dell'intelligenza, la categoria delle funzioni che spettano ai vari centri corticali e l'invalidità o lo straordinario sviluppo d'una funzione psichica sono problemi suscettibili di soluzione per l'anatomia e di corollari fertili per la clinica delle malattie mentali. In questo senso un anatomico come G. Burzura ha potuto, sfuggendo felicemente alla taccia di frenologo, descrivere cervelli di matematici con grandissimo talento d'astrazione e ricercarne l'equivalente nell'anatomia. In questo senso sarebbe altrettanto legittimo ed opportuno studiare cervelli di oratori e di musicisti (non in grado eminente del singolarissimo dono naturale che è richiesto per l'esercizio dell'eloquenza o della composizione musicale. E se dalla psicologia individuale possiamo alla psichiatra, non si sarà forse impossibile trovare un giorno nel cervello d'idioti e di demisti parziali la ragione delle loro anomalie e lacune per quantità e qualità. Quel giorno cominceranno a disegnarsi i contorni di un'anatomia psicopatologica a grandi linee, e la psichiatra avrà superposto il breve albero che la rende inferiore alle altre cliniche.

CAPITOLO II.

Le cause delle malattie mentali.

Le cause di pazzia si dividono in esogene ed endogene. Le cause esogene sono dovute all'ambiente, non all'individualità del malato o solo in minima parte, e si suddividono in traumatiche, psichiche e sociali, a seconda che emanino dall'ambiente fisico, psichico o sociale. Le cause endogene, essendo legate alla costituzione individuale, riescono attive in qualunque ambiente, e si suddividono in *degenerative, ereditarie e degenerative*; ma se si va a rintracciare la loro prima origine negli antenati, si finisce per riconoscere che vengono anch'esse dal di fuori sotto forme non diverse e con processi eguali a quelli delle cause esogene.

Spesso le malattie mentali derivano da una catena di cause, tra cui l'osservatore empirico non coglie che la più visibile. Gli alienati non sogliono cadere in questo errore; ma se considerano parecchie cause, è difficile per chi si sia di discernere la causa con cui hanno agito. Tuttavia anche ignorando lo svolgimento particolare d'un singolo processo morboso, si può dai sintomi che presenta risalire per analogia alla causa che l'ha prodotto. Infatti vi è un certo numero di psicopatie clinicamente simili che dipendono soprattutto dalle accidentalità più o meno materiali dell'ambiente; l'ambiente costituisce una condizione, se non sufficiente, per lo meno necessaria della malattia. E vi sono altre psicosi, parimente ravvicinabili nei loro sintomi, che non sorgono senza l'impulso d'una disposizione interna. Infine tra questi due estremi vi è una serie graduale, a limiti non ben distinti, di malattie mentali, in cui operano cause miste; ed operano così, variamente da un individuo all'altro, malgrado la somiglianza dei quadri morbosi, che senza una buona anamnesi non si può mai precisare se il malato sia piuttosto vittima dell'ambiente o della propria costituzione o delle due influenze riunite o corrispettive allo stesso effetto.

Il legame fra l'etiologia delle malattie mentali e le loro manifestazioni cliniche, sembra oscuro ed incerto in questo terzo gruppo, e così stretto ed evidente negli altri due, che ha potuto essere utilizzato nella classificazione nosografica, di cui anzi rappresenta per molti alienisti il criterio fondamentale.

CAUSE ESTERNE.

Cause somatiche. — I processi morali che affliggono il corpo possono nascente sino i più avvertibili fra questi fattori esterni di pazzia, perchè non vi è bisogno di guardarli attraverso la coscienza del malato. A loro volta i traumi sono i più avvertibili fra i fattori somatici, perchè si può quasi sempre precisare l'istante e il punto in cui hanno esercitato la loro azione.

Si conoscono una serie abbastanza tipica di *traumi traumatici*, ed hanno un carattere comune: quello di modificare la memoria o il carattere. I quadri clinici che derivano da questa causa, in specie da traumi del capo, sono i seguenti:

1.^a *disturbi psicopatici effimeri o parziali* che susseguono senza intervento di trauma, come perdita di coscienza con stato di ciò che è accaduto al momento o poco dopo (queste sindromi retrograde) ed anche poco prima (amnesia retrograde).

2.^a *psicosi prodotte* per lo più si tratta d'*istericosi* che esordiscono qualche tempo dopo, in seguito ad un periodo latente, e che di rado guariscono.

3.^a *psicose persistenti basate ad interpretazioni del trauma*, che talvolta conducono a psicosi secondarie o dicentriche od attraversano all'alto, alla miseria, ai deliranti alcoolici o ad altre conseguenze dirette del trauma.

4.^a *psicosi riflesse, quacindici, nosodesideriose, epilettiche*, per corrispondenza ad irritazioni sulle vie nervose, ossia per traumi che cadono fuori del cervello o del capo.

Anche le intossicazioni, gli accessi, i furores agiscono sul cervello come corpi estranei, irritando, paralizzando o distruggendo la sostanza funzionante da cui sono circondate; e perciò, comunque sotto sopraggiunti, equivalgono ad un trauma d'origine esterna.

Lesioni distruttive e irritative del cervello si hanno frequentemente per infanzia, intossicazione, infezioni, processi degenerativi, o in un sistema, o spandendo o sovraccaricando le attività mentali con parzialità, più spesso totalmente, e in ogni modo sconvolgendo in loro armonia. Queste lesioni sono spesso favorite dallo stato d'ansietà o d'ipertensione, nel-

l'arrosiosiderosi, da cachessia, da progressa sifilide, daismi alcoolici, dagli strapanzi e da altre cause preesistenti d'origine interna. Non importa: tutto le lesioni determinatrici della malattia mentale quanto le condizioni e le eventualità che l'hanno preparata si comportano come cause esterne, perchè non hanno nulla che fare con l'evoluzione soltanto dell'intelligenza e del carattere, né si verificherebbero senza il concorso di concomitante ereditaria.

Le affezioni non ragguagliano disturbi mentali che in una parte dei colpiti, la minore, per mezzo di tossine che provengono dal ricambio vizio dell'interorganismo o di proteine tossiche prodotte dalla dissoluzione dei loro encefaliti: ma spesso a queste tossine d'origine batterica, tengono dietro tossine secondarie che si sviluppano nell'organismo insieme a combinate con gli insulti e con le tossine primarie. Questo simitossine secondarie compaiono o precocemente, vale a dire nei primi periodi dell'infanzia come è quasi insensibile alle primarie; o tardivamente, nei periodi ulteriori o però sfiduciosamente, o addirittura in un'epoca successiva e più o meno prolungata, varcoria il processo originario sia del tutto spento, lasciando una traccia più o meno durevole nella costituzione del malato.

Il tifo e la polmonite sono, dopo le meningiti, i processi infettivi che provocano più facilmente disordini mentali fin dalle prime fasi del loro decorso, e sempre col sopravvenire dell'arrosiosiderosi, un pozzetto del pari dare occasione ad una amnesia postfebrile. L'influenza è tra le infezioni quella che più facilmente apre la strada alle psicosi secondarie: in questi sono forma di *neurastenia con idee fisse*, di *melancolia* e qualche volta d'ossessione. Il varicella, il morbillo, la scarlattina, l'enteropoli, la polmonite, la difterite, l'infiammazione purpurale sono accompagnate da *delirio febbrile* o seguite da *ossessioni* specifiche, ma non così spesso come il tifo e la polmonite. La sifilide non è scevra di complicazioni psopatiche: rare nel periodo secondario, esse assumono i caratteri d'una confusione acuta, ome dell'ossessione; nel periodo terziario, le gomme possono produrre *amnesia subacutissima*, *simulazione* ed ogni altro *delirio* e *psicose*; la sifilide cerebrale, a sua volta, è accompagnata da disturbi psopatici che talora simulano il quadro della *paralisi progressiva*. La malaria è capace di determinare stati d'ossessione grave e di arrecare conseguenze simili a quelli dell'infuenza. Nessuna di queste psopatie, contemporanee o successive al processo infettivo, è assolutamente figurabile; ed anzi, se la comparsa del delirio durante la storia febbrile dell'infezione coincide con un acuto aggravamento, le forme di ossessione però che susseguono lo stadio febbrile sono invece assai propizie alla guarigione completa nel termine di pochi settimane. Solo alcuni casi d'ossessione green-sona che scappano improvvisamente con febbre e con gravi fenomeni

generale, conducono inesorabilmente e in breve tempo alla morte. Questi casi d'origine mista, ma sintomaticamente simili a chi sono dovuti con ogni probabilità al mazzettismo, a gravissime intossicazioni ad arsenico, costituiscono il così detto *delirio misto*.

I sintomi che accompagnano le autointossicazioni secondarie non corrispondono necessariamente al quadro semplice del processo tossinfezioso, ed anzi possono scostarsene al punto, da non aver più nulla di comune con esso. Non di rado le tossine secondarie fanno un potere precipitante che manca alle tossine primarie o lo possiedono in grado più alto, e perciò i deliri psinfettivi, che si presentano senza febbre, sono non meno frequenti dei deliri febbrili. Ma, quanto alla quantità, non sono meno maligni dei deliri primari. Un esempio di psicosi psinfettiva a scadenza lentissima e con sintomi assolutamente caratteristici è quello della *parefisi progressiva*, che segue la sifilide a distanza di cinque, dieci o fin vent'anni. Mentre le tossine primarie della sifilide non danno occasione, di regola, ad alcun disturbo mentale, le sue tossine secondarie, accumulandosi con estrema lentezza, finiscono per vincere la resistenza degli elementi nervosi o, forse con l'aiuto d'una predisposizione o di concasse debilitanti, fanno scoppiare i ben noti e inguaribili disordini della *parefisi progressiva*.

Gli effetti immediati e tardivi delle intossicazioni si possono ripartire senza gran disagio, cioè specialmente sotto la forma d'osservazione, presentandosi da qualunque agente infettivo, per semplici processi d'autoossimazione od anche d'autoossimazione. Fra le autoossimazioni vanno in prima linea l'arsenico, la glicemia, l'ecstasy e i processi per lo più effimeri, ma talvolta tumultuosi che inquinano il sangue in seguito a coprostasi. La insufficienza congenita od acquisita della *funzione tiroidea* determina uno stato d'autoossimazione che si manifesta con quadri clinici del tutto caratteristici. Fra gli avvelenamenti quello da alcool, da mercurio, da cocaina, da piombo, da ossido di carbonio. Persino una febbre periodica, in certo grado di assepsi, lo stato d'obbetchezza bastano a determinare una *funzione mentale*, specialmente in soggetti esauriti da estenuanti strapazzi venerei, digiuno, clorosi. Ed anzi, quando abbiamo sicuri indizi di intossicazione tossica, non è inammissibile che possano sorgere gli stessi sintomi di disordine ammantati anche dal terrore anzi delitto del semplice esaurimento. Tale è il caso delle psicosi da esaurimento, da esaurimento profondo o ripetuto, da *febbre critica*. D'altra parte è difficile escludere oggi e qualunque influenza autotossica in malati che presentano anemie, leucodermia, dimagrimento ed altri segni d'esaurimento organico: in questi casi, per tutti che siano, all'esaurimento si associa sempre qualche alterazione del bilancio chimico.

I due fattori di confusione mentale si trovano costantemente uniti, bene

pellagra, che è dovuta alla misera nutrizione ed all'acceleramento malsano: dove il gran numero di pellagrosi che diventano pazzi e cadono nelle forme più gravi d'insensibilità. La proporzione dei pazzi è assai minore nelle infernali e nelle altre istituzioni per quanto violente, perché quest'ultimo operato in generale all'ingrossarsi su gente valida e assai meno debole dei candidati alla pellagra.

L'inconveniente delle complicazioni psichopatiche di fronte alle sostanze tossiche è veramente dimostra che l'anima, come in genere qualunque altra forma di pazzia infernale, psichofrenica o tossica, sta in un certo rapporto con la costituzione individuale, e dipende, sì, dalla qualità e quantità del veleno, ma solo in parte. Vi è dunque un conflitto interno, che resta nascosto in condizioni normali, ma che si affaccia al sopravvenire d'un disordine dell'economia chimica dell'organismo, ed aggiunge al quadro malsano dell'infelicità, del periodo postinfettivo o dell'acceleramento l'aggravante dei disordini mentali. Questo elemento costituzionale può anche essere di natura transitoria, e molto volte è rappresentato semplicemente dall'età. Infatti è da notare che nell'infanzia malattie leggere, soprattutto infettive, che possono passare inosservate, persino le spazzate, determinano costipazioni che talvolta modificano ed arrestano in modo irreparabile lo sviluppo dell'intelligenza. Si tratta di un'azione mortale che risembla innocua sopra un cervello adulto, ma che pregiudica l'avvenire d'un cervello ancora immaturo. Nel sistema nervoso del neonato le fibre non hanno finito di svilupparsi e le cellule non hanno sviluppato tutte le ramificazioni dendritiche di cui sono capaci: ed in questo periodo della vita, gli elementi nervosi in parte sono comuni, in parte restano sterili e non contraggono tutti quei rapporti malsani e cui erano destinati.

Le lesioni dei nervi spastici, se si risale, soprattutto quelle del V paio, possono produrre stati psichopatici in soggetti predisposti, agendo come cause esterne, ma semplicemente occasionali. Gli elementi intestinali, attaccati per via diretta, disturbano le funzioni del cervello per via riflessa. Le cardiopatie ne compromettono la circolazione. Le febbri, in quanto generano l'infiammazione, sono una delle cause più comuni di gravissime alterazioni cerebrali, e comparendo come un sintomo terminale nel corso di processi psichopatici già iniziati, sono cause frequentissime di peggioramento e di morte.

Cause psichiche. — Che se seguito a cause puramente psichiche si possono manifestare malattie mentali lo possono certi casi di spazzato. Lo spazzato, per l'ossessione, la suggestione e la gravità dei suoi affetti psichici, si avvicina ai trauati dove produce lo shock di railway spazzato.

è appunto un caso particolare, ma assai frequente, di shock per danno ferroviario. Ora, lo shock dà luogo anche sopra soggetti somaticamente illi ad ansietà, isterismo, epilessia, psicosi, ecc. ecc. (1). Se il trauma diventa, per certi aspetti, meno non meno gravi di quelli che provengono da traumi fisici; e la sua azione è giustamente equiparata ad un trauma fisico.

Le emozioni prolungate, anche se non sono violente, esistono ed agiscono le funzioni mentali, soltanto in maniera meno semplice di quanto generalmente si crede. Chi esse opprimono e logorano il cervello a poco a poco con risultati e processi non distinti da quelli delle emozioni eccezionali che lo colpiscono all'improvviso, come si spaventa, e forse vero. Ma non si deve ritenere che un lesione psichica, per quanto insidiosa o ripetuta, possa sconcertare direttamente l'equilibrio chimico degli elementi nervosi fin oltre ai limiti della riparabilità biologica, né provocarli col proprio impulso o con la propria insistenza, cioè per via dinamica, lesioni irreversibili di struttura. Questa teoria troppo semplice della psichica o delle passioni in genere, quantunque sia stata lungamente in voga, corrisponde ad un perconcetto biologico che le ricerche più recenti dimostrano errato.

L'importanza clinica dei processi mentali non è molto grande. Essi si compiono economicamente, senza scosse, né esplosioni, né sperperi, qualunque sia il loro contenuto e la loro rapidità. E infatti l'esercizio psichico dell'intelligenza, per quanto continuo e rigoroso, non produce né disturbi psicotici, né alcun segno di affaticamento, e le anomalie dello sviluppo sono possibili solo con una certa incertezza per raggiungere, o meno spaziosamente una certa longevità. Anche i processi nervosi di ordine inferiore, per esempio la visione, appunto perché si svolgono senza impegnare l'affettività, non danno luogo né ad esaurimento, né a stati eccitati, malgrado la loro continuità. Eppoi, l'occhio, l'orecchio, se anche alla ricchezza delle sensazioni ricevute, non modifica la potenzialità dell'intelligenza: e quando termina un lungo periodo di vacanze o di disoccupazione, il pensiero non è meno alacre di prima, e acuto di più. Alla stessa maniera si può rimanere ciechi per anni interi in seguito a cataratta; ma dopo l'operazione, la retina e i centri visivi, che non hanno cessato di nutrirsi e di serbare la propria struttura anatomica, recuperano sollecitamente tutta l'attività funzionale di cui erano capaci.

La cellula nervosa è dunque inalterabile: indispensabile al lavoro e indispensabile al riposo. Né l'eccesso dell'esercizio funzionale, né l'aumento sono in grado di stemperare, sia pure momentaneamente, la sua capacità, o tanto meno produrlo, producendo risultati mentali, compromettendo l'evoluzione. Solo la reazione, o che si manifesta in modo violento e

reluttanza, o che agiscono in modo scelto e continuo, fanno eccezione a questa regola: perché non di rado stancano, minacciano l'intelligenza, o determinano veri processi psicopatologici.

« perché in quest'occasione si deve cercare nella fisiologia. L'esentismo o le passioni sono fatti psichici, ma in loro caratteristici è di spandersi largamente in tutto il nervoso e ben oltre i limiti della coscienza. Quando il nostro animo è agitato dalle emozioni o turbato dalle passioni, un continuo scossoni i processi vasomotori e trofici che, partendo dal cervello, regolano la nutrizione dei tessuti: è sospesa l'assimilazione delle sostanze metaboliche, è aumentato l'ingombro dei prodotti catabolici. Così si scompaiono qui e là, in forma più o meno circoscritta e in dove arriva il disordine dell'innervazione, altrettante malattie radiandosi: ferri e violini, se si tratta di emozioni improvvise; angosce ed affannate, se si tratta di passioni continue. Lo stesso cervello non rimane tanto colpito da ciò che vede ed ascolta, da ciò che soffre o teme, insomma da ciò che forma il contenuto psichico dell'emozione e della passione; quanto dall'azione riflessa dei disordini viscerali, che alterano le costole, e più ancora dall'azione chimica ed aspecifica delle sostanze che accompagnano quei disordini e che, una volta entrate nel circolo sanguigno, offendono il sistema nervoso, disturbandone le funzioni.

L'esperimento fisiologico conferma questo modo di vedere. L'eccitazione elettrica della corteccia cerebrale ha dimostrato, per opera di HIRCH, LAPIN, BOHEMENTINE, DANILEWSKI, EULENBURG e LANDAU, RICHEY, HIRVANI, che da certi punti determinati (della zona somestetica) si sorgono influenze agevolatrici o inibitorie, secondo cui, sopra un gran numero di funzioni organiche: circolazione, respirazione, secrezione salivare, gastrica, pancreatiche, intestinale, biliare, urinaria, peristalsi della stomaco e dell'intestino, contrazione della vescica o dell'utero. In seguito FRAXONEL-FRAXONEL provò queste localizzazioni, aggiungendovi i punti della secrezione salivare; e una serie di sperimentazioni, tra cui principalmente BOCCARTIER, arricchì il capitolo in questione riscontrando la funzione dei centri viscerali anche alla prova della abduzione. Per esempio, FRAXONEL scopre nel 1897 il centro della deglutizione, e DUCROUX nel 1898 quello della stitiche anale. Si può dunque ritenere che l'emozione, dopo aver trasmesso a questi centri viscerali e per solito inconsci, un determinato volume e straordinario, promossa in tutto il corpo azioni e depurazioni d'attività organica che si fanno sentire a loro volta nel cervello, sia come ingressi sensoriali, sia come agenti trofici che si sono formati alla periferia del corpo e mescolati al torrente del sangue.

Se poi gli accessi affetti vi riassorgono quasi sempre nel campo delle manifestazioni soggettive e ben di rado se materializzano in forma di vero

malattie organiche nei visceri e nell'apparato cerebrale, questa centralizzazione si spiega con la speciale sensibilità al volume, che è la proprietà e la struttura della cellula nervosa, il cervello, che non sente la fatica del proprio lavoro, forse per la scarsità assoluta dei prodotti regressivi che ne sono l'espressione, forse per la loro innocuità, forse per la ristrettezza anche relativa del metabolismo cerebrale. È invece uno squilibrio squallido dei valori fisiologici e patologici che si sviluppa con assai maggiore abbondanza e probabilità con maggior virulenza relativa negli altri visceri. Secondo i calcoli di miss THOMPSON e di H. DONALDSON, fatti in base agli accuratissimi calcoli di HAYKANTZ, tutte le cellule nervose della corteccia umana non pesano più di 27 grammi, insomma in capacità un collettivo può subire per conto proprio l'effetto di malattie viscerali che, per la loro forma, non disturbano obiettivamente le funzioni del ricambio assiale ed affettivo; e talvolta riesce più compromessa e dominata dalle malattie o dal squilibrio di altri organi, che non dalle malattie o dal squilibrio del cervello. Se il cervello, non essendo il pericolo d'avvelenamento da sé, ossia col volume antichissimo del lavoro psichico, dispendioso, per lozzarda ipotesi, d'una circolazione propria, sarebbe al riparo da tutte le importazioni tossiche, ed anche da quelle che gli arrivano di seconda mano come conseguenza delle malattie e delle passioni.

Una forma d'autoprotezione fisiologica, che sospende l'attività generale dell'organismo in tutta la giornata, ma non sospende la funzione di nessun altro organo, tranne il cervello, è quella che ha per esponente quotidiano il sonno; il sonno fa tacere la coscienza, ma la sua durata e profondità sono affatto indipendenti dall'intensità del lavoro mentale. Tanto è vero che raggiungono il massimo nel nuovo, negli animali ed anche, talvolta, negli insensibili e nei deficienti. Un'altra forma d'avvelenamento cerebrale, ma sempre d'origine endogena al cervello, è quella che proviene dai prodotti regressivi delle masse muscolari in contenzione forzosa e che si manifesta solitamente sotto forma di sonnolenza: l'ossimomentosi dei muscoli è sentito nel cervello, ma solo per la via delle fibre sensitive, ma anche sotto l'azione diretta dei prodotti tossici che, circolando, passano attraverso ai centri nervosi. La fragilità chimica che caratterizza gli elementi nervosi li espone a facili alterazioni anche alle influenze dei centri sensoriali e motori; e quindi basta una mossa od uno sforzo giustamente per renderli non solo stanchi, ma anche inetti ad un prodotto lavoro mentale.

Per ragioni simili, spesso si manifesta una malattia qualunque con un'alterazione patologica del ricambio, ma del primissimo sintomo è la flaccidità intellettuale, che può raggiungere le proporzioni dell'incoscienza e del coma, soffrendo al sopravvenire d'un processo mortale il cervello, al pari dei muscoli e del tubo digerente, gode in generale i benefici d'un

quello in riposo. Invece, se il circolo sanguigno è intero di volume, patologico o fisiologico che sia, e non ha a proprio carico che quelli provenienti dal lavoro mentale, come avviene in persone sane che condanno vita sedentaria e studiosa, non solo manca ogni segno di stanchezza intellettuale, di sonno o di lassatezza mentale, ma i processi dell'intelligenza si rendono tanto più miri, rapidi e perfetti quanto più si protraggono: e solo a lungo andare restano sopratutto non già del prodotto del consumo cerebrale, ma di quelli che formano l'accumulo nel circolo sanguigno come costituito, per quanto nodoso, degli altri organi.

Una serie di esperimenti suffraga questo modo di vedere. Secondo BARKER, il quattresmo respiratore d'un animale ferocemente con la tracheotomia s'annala pel solo fatto della legatura e dell'operazione; ma s'annala perché i visceri, il cuore e i muscoli sono disturbati nella loro innervazione, e l'autoconservazione si va tanto incontro si ripercuote nel cervello sotto forme diverse. Se si curaziona l'animale, rendendolo inerto i suoi muscoli, e poi si scottano con la corrente elettrica i rami centrali di nervi importanti, né il quattresmo respiratore, né le condizioni organiche, né la temperatura generale del corpo subiscono alterazioni apprezzabili per cui poco come non subisce diminuzione per l'inattività del cervello. Il metabolismo del sistema nervoso non è, se genere, abbastanza importante per influire sulle funzioni del dinamismo organico. Che poi le sbalzi del prodotto di un'autoossidazione lo dimostrano i suoi effetti, che vanno dal coma al furore, la colorazione rossa del sangue venoso, il rallentamento della respirazione, l'abbassamento della temperatura interna. È vero che qualche volta, sotto le mani del chirurgico, si ha la morte improvvisa, nel qual caso si tende a concepire un'autoossidazione con effetti più istantanei. Ma in realtà, queste morti improvvise non sono dovute ad avvenimenti, a qualche fenomeno ad un vero sbalzo; la causa della morte è la stessa del coma.

Secondo BRUGNETT, il nervo è assai più resistente alla lesione che non sia il muscolo. Per poter confermare spontaneamente l'esistibilità di due organi tutto il nervo ed il muscolo che eseguivano un lavoro identico, con risultato nel muscolo e non nel nervo, ecco come si procede. Si recidano lateralmente i due nervi. Una ramina di una parte si lascia libera e nervo in natura che trasmette al gastrocnemio la sua azione naturale, mentre dall'altra parte, applicando la corrente d'una pila, si produce l'elettrolisi, cioè, perché la corrente sia abbastanza intensa, si rende il nervo superiore in tutto il tratto che è sotto il clausura dall'elettrodo positivo (anodizzazione), e il muscolo rimane in riposo. Ormai, dopo qualche tempo, il coma che si era manifestato dalla parte del nervo libero si risolve, perché subentra l'autoossidazione, ma dall'altra parte, dopo

il muscolo è rimasto inerte, si vede che lo scaten, qualunque siasi seguito a ricevere lo stesso stimolo del compenso, è ancora capace di trasmettere il tetano, perchè sia liberato dall'elettrotomo o gli venga così restituita la sua conduttività. È dunque evidente che il muscolo si stacca prima del tutto. Se si potesse prolungare la così detta *sezione fisiologica* del nervo mediante l'elettrotomo, senza fargli perdere per sempre la sua proprietà conduttrice, non sarebbe difficile calcolare, in base alla rispettiva durata dell'eccitabilità, di quanto la resistenza del nervo supera quella del muscolo.

Questo calcolo fu perfezionato dalla sig.^{na} LORIANO. Nei suoi esperimenti è compreso il midollo spinale, o gli scintillamenti sono esercitati o direttamente su di esso o per la via dei nervi sensitivi. Per conoscere la sezione fisiologica del nervo, l'esperimentatrice ricorre anche all'intervento dell'ipossigenazione, e così riesce a stabilire che il midollo spinale leggermente strazionato possiede una capacità di lavoro certo come superiore a quella del muscolo. Quanto all'esperimento che fa essere il petalo, esso non continua, per dire il vero, propriamente nel muscolo, ma nella placca motrice. Infatti, paralizzando il nervo con l'elettrotomo, o facendolo i quattro-centri (stanti dopo la tetanizzazione) si ottengono ancora, per qualche minuto, contratture fibrinose. Perciò la scala dell'eccitabilità discende in quest'ordine: placca motrice, *midollo*, midollo spinale. Prescindendo le terminazioni sensorie sparse nei muscoli (come abbiamo visto dal sopra) che si producono durante le contratture muscolari dei muscoli stessi. Ma in ogni modo il midollo spinale, sia come centro riflesso, sia come organo di trasmissione, vince di gran lunga il muscolo nella resistenza alla fatica. Ed è curioso che il cervello non resti indietro al midollo.

La grande resistenza dei centri nervosi è dimostrata in modo più diretto dalla scarsità di reperti appariscenti in quegli che sono stati sottoposti ad eccitazioni più o meno protratte. Esperienze di VAS, di MAXX, di LUSATO, di PRADIER, di DUPON mettono in rilievo leggere diminuzioni della parte cronica che accompagnano soltanto le eccitazioni protratte al di là della durata residua.

Qual è la ragione per cui gli elementi nervosi sono così resistenti? Forse perchè, avendo in serbo un gran quantità di materiali nutritivi, li consumano come altrettanti accumulatori d'energia chimica e funzionale? O invece perchè il loro ritmo è misero, ma la funzione è bella? In altre parole: perchè sono ricchi o perchè spendono poco? Tutto collima a far pensare che la vera soluzione del quesito sia l'ultima.

Il valore degli scambi chimici che si svolgono nel cervello è stato riscontrato con metodi diretti e indiretti. Direttamente: con l'analisi resi-

fontiva del sangue carotideo e giugulare, non normalizzato (però rimesso in circolazione artificiale, e col ritorno i seni del sangue prima e dopo il suo passaggio nel cervello, indubbiamente); col metasto asimmetrico e calcolatorio, come pure con esenti delle emozioni. Or bene, il risultato stesso di tante ricerche è questo: che il cervello non è un fabbricatore privo legato di colesterina, come pretendeva Flaxer; che gli accessi convulsivi, per quanto violenti, non determinano mai nel sangue cerebrale (vena giugulare) una produzione d'acido carbonico paragonabile a quella che si riscontra nel sangue venoso (vena femorale), e che tanto resiste il potere d'elevare la temperatura del cervello, che i pazienti scelerati (malgrado una quantità di calore non inferiore a quella dei sani Coma e CAS BISTRATZ) che, se la perdita del peso e l'eliminazione dell'urina, durante il sonno, producono, sono nei pazienti scelerati inferiori a quello dei pazienti illusi o pelinamente sottoposti al digiuno, ciò non dipende dal risparmio d'energia metabolica, ma dal silenzio a cui sono ridotti le influenze ricche del cervello sui visceri e sui muscoli (BREMSON); che le oscillazioni della termogenesi cerebrale non sono punto parallele al lavoro psichico (A. MOSSO), che, se pur se n' fanno, non derivano dal metabolismo anatomico del cervello, ma dagli equilibri circolatori e dalla particolare lentezza con cui si dipende il calore cerebrale non solo nell'organismo vivo, ma anche in cadaveri tenuti in un ambiente isolermico (HARRIS), che quanto più all'acido fosforico, l'attività metabolica tende in complesso a diminuire leggermente, perché allunga la quantità dei fosfori alcalini e non influenza su quella dei fosfori (MAYNARD); che lo stesso fatto avviene nei pazzi, ancorché agitati, appena eliminata la demenza (DE BOURG e SCOTT); che i melancolici, benché si torturino continuamente il cervello, non presentano irregolarità di sorta se riguarda all'ora, né riguardo ai fosfori, perché si nutrono come all'industria (BIR e ZEREN).

Un elemento non nuovo congiunto ad una sensibilità elementare equidistante dunque il carattere dominante del metabolismo nervoso. Il cervello serve alla ripartizione, non alla produzione dell'energia, e BRYANSON l'ha felicemente paragonato ad un commutatore. La sua funzione, per quanto possa raggiungere un alto valore logico, è sempre modesta (fisicamente), e il pensiero pensante, come il più comune, non si svolge fra lampi e tuoni con gran consumo di fosforo, ma con la lenta e silenziosa coordinazione di minuti rapporti che richiedono minime sforzi.

Se il cervello non dura gran fatica per conto proprio e non è solo d'un attivo metabolismo proprio, ciò non gli impedisce d'influire potentemente sul lavoro del metabolismo extracerebrale. Quest'influenza è insensibile ed impercettibile nei visceri come pure nei muscoli liberi: volontaria sui ner-

s'è strati al cernione del cuore. Ma l'anima che il cervello governa sui visceri può accompagnarsi con emozioni, e le emozioni, per questo sono lontane dal divenire esatte notizie sullo stato reale dei nostri visceri, costituiscono un linguaggio pseudo d'origine esterna, perché assumono caratteri e proporzioni adeguati ad un avvenimento obiettivo che si compie fuori di noi. In questo senso, le emozioni e le passioni possono costituire, come abbiamo dimostrato, una causa di malattia mentale; vale a dire in quanto provocano disordine extracerebrali che valgono a ipercostrire poi sul cervello. Ed è questo l'unico caso possibile di malattie mentali che abbiano un'origine schiettamente psichica.

Lo abbiamo accennato, così spesso accusato di favorire la pazzia, lo favorisce senza dubbio, ma non già perché richieda una grande fatica intellettuale, bensì per le condizioni antiigieniche a cui assurge l'opera impropria delle scuole. L'immobilità, il digiuno, il calore riscaldamento dei locali, protrattosi per troppe ore, affaticano il cervello assai più di qualunque sforzo intellettuale. La noia d'un insegnamento sterile ed antiquato, alternandosi con la paura di castighi inopportuni o d'esami troppo severi, aggiunge al fattore somatico il fattore affettivo. Ma il fattore affettivo non agisce sulle sorti dell'intelligenza che indirettamente, cioè in quanto è punto di partenza o segnale d'un disordine organico che si svolge o si continua in tutto il corpo, l'onde si ritorce sul cervello, guastandone le funzioni quando la noia o la paura sono già scattate.

Tra le passioni, l'amore, la gelosia, l'avarizia, specie d'ossessioni monospastiche che già risentano per sé stesse la psichiatria, possono forse spiegare certi casi di nevrosi o di alienazioni, insomma i semplici disturbi affettivi, ma difficilmente s'avvocerebbero come cause di pazzia più gravi senza il coefficiente d'una predisposizione affatto speciale. In ogni modo è certo che la massima parte dei processi psicopatologici sortisce con disordini o con semplice esagerazione dell'affettività. Questi primi sintomi possono anche rappresentare la causa della malattia mentale o dipendere dall'eccessività degli stimoli esterni, namache, scene troppo piacevoli, avvenimenti dolorosi, a cui il cervello in la mala ventura di sopportare oltre ai limiti normali della tolleranza affettiva. Nelle grandi calamità politiche non manca mai qualche vittima della pura emozione; ad ogni smisero marittimo, ad ogni grande incendio, nei terremoti, nelle sommosse scoppiano casi di pazzia o istantanei sono berini di mania o tardivi sotto forma di nevrosi, che si devono al traumatico psichico moltiplicato dallo spettrico dell'emozione altrui.

Qualche volta il meccanismo genetico delle cause morali è altrettanto evoluto. Le preoccupazioni, la paura, le passioni producono ansietà, o il difetto di sonno permette un maggior aumento di prodotti tossici,

questi profetti che, in condizioni « proiezioni » normali, sarebbero appunto puerili, non solo mantengono l'insonnia, ma producono stati d'iper-tesente disciplinato che si sottraggono con la confusione. Ciò avviene o per aumento dei volenti normali o per modificazioni della loro qualità a pre-fallimento dinamismo del cervello che ne soffra maggiormente l'effetto. Gli stati di lavoro troppo prolungati ostiglianti ad un'insonnia artificiale, le cui conseguenze non sono diverse da quelle dell'insonnia *perenne*, perché giungono fino al grado d'un processo d'ottusità (Agostini).

Può avvenire che la *parzia* si trasmetta per *imitazione*. L'imitazione è un istinto naturale, che è assai sviluppato in certi animali come le scimmie, che si afferma automaticamente nei bambini, e che è sfruttato sistematicamente da tutti gli educatori; ma acquista un valore morbigeno quando si sovvraccarica isolatamente. In questi casi l'imitazione suggerisce atti dannosi, ridicoli ed inutili all'imitatore; o senza creare di moto proprio la malattia mentale, non si può negare che ne determina (per lo meno le manifestazioni esterne) la realtà una sovverciuzione dell'istinto imitativo che arriva al punto da rendere irragionevole la condotta del malato non è possibile non presente uno stato d'incoscienza o di *fallibilità* mentale. Quando la coscienza è gravemente turbata o quando è indebolita la critica, stava facilmente in gioco l'attenzione passiva, o le percezioni, diventando assai vivaci, si frantumano in atti prima d'aver subito l'elaborazione psichica che avrebbe dovuto infine ogni reazione o modificala in senso più razionale. L'*eccezione* *esterna* o *Tiposa* che predomina le comunicazioni col mondo esterno, ed eccome le poche supposizioni ingiungibili del sistema delle altre, sono un terreno fertile di *disordine* *imitativo*. L'*incoscienza*, che limita il campo della coscienza, ma spesso rende vivaci e rapide le reazioni a certi stimuli esterni, favorisce a sua volta gli eccessi dell'imitazione. Il *loso* ed il *payany*, che parimenti determinano, a quanto si dice, l'irresistibile imitazione di gesti ed atti senza scopo, non vi arrivano probabilmente che attraverso l'incoscienza.

A questo modo si sviluppano le *parzia* *contagiose*, forme di *parzia* *collettive* che abbracciano due, tre o in quattro persone conviventi, e le *epidemie* *parapaziche* che colpiscono gruppi più numerosi, come un collegio, un villaggio, una sezione d'ospedale. Vi è un *contagio* *istintivo* e vi è un *contagio* *paranoico*, che costituiscono i due poli opposti tra cui oscillano tutte le epidemie psichiche o tutte le varietà di *parzia* *contagiate*. Il *contagio* *istintivo* si diffonde, per utilizzazione cieca, da una grande (isterici) ad altre isteriche minori, che subiscono il fascino d'una mistica e d'una condotta conforme al loro stato di tensione *madura*, o lo subiscono tanto più pateticamente quanto più grande è il numero delle contagiate che si offrono alla loro attenzione, come modelli da imitare. Il *contagio* *paranoico*

« esercita da un paranoico lucido, intelligente ed energico sopra altrettanti imbecilli o sospetti di spirito o canillato alla paranoica, che non hanno abbastanza immaginazione per delirare di propria iniziativa, ma che sporgono di sufficiente credulità per delirare sulla falsariga altrui.

La Russia ci offre negli slavozi numerosi esempi contemporanei di sette che professano la mutilazione dei genitali, il suicidio, l'omicidio per puro fanatismo: e le religioni in genere non hanno origine diversa, tranne che, passando in retaggio a persone intelligenti con l'autorità della tradizione, venivano idealizzate, codificate ed utilizzate a scopi sociali. La suggestione delle idee slaviate, come quella degli atteggiamenti espressivi nelle isteriche, è così efficace, che nelle collettività di persone conviventi, come pure nelle folle assembleate dal caso nelle piazze, nei teatri ed altrove, si ha consenso completo non solo d'entusiasmi, ma persino d'allucinazioni: per esempio, purché uno incominci, tutti asseriscono d'aver veduto il diavolo o la Madonna. Un'epidemia isterica abbastanza recente si verificò dopo il 1800 a Vozeguis, nel Friuli; e fu colossale l'epidemia paranoica d'Arcobasso, promossa nel 1879 da Davide Lazzaretti, affettinato, intelligente, superiore per cultura ai suoi contemporanei, che si credeva ispirato da Dio e a cui adesso oggi, dopo oltre vent'anni dalla morte del profeta, sopravvivono gli epigoni fedeli. Una storia diffusa delle principali epidemie psichiche, che riferisce specialmente nel medioevo, fu scritta da Calaneo.

Cause sociali. — Si dice che la civiltà favorisca la pazzia. Se con ciò s'intende che lo studio più intenso e più generalizzato, che gli ideali più vasti e più nobili, che il deliquere della fede religiosa intercedono, l'intelligenza e la ragione più accessibili alla pazzia, si afferma un'opinione non provata e per lo più interessata. Che invece le crisi economiche e l'innescarsi della concorrenza per la vita siano cause di pazzia è molto probabile; ma questi malanni sociali non si debbono attribuire in genere alla civiltà, se ad un determinato sistema di vita civile, bensì alle imperfezioni che sono inevitabili in ogni civiltà e che ricorrono assai più gravi, più frequenti e più pericolose nella barbaia e nella vita selvaggia. Le carestie, le carestie, le infermità d'ogni specie e la miseria, eccezionali nei paesi civili, sono altrove un fenomeno ordinario della vita quotidiana. La civiltà vera, che non fu ancora attuata, è quella sorta di mai e di allora speroquazioni che esortano in luogo d'adattare le differenze naturali tra individui e individuo.

D'altra parte, è innegabile che il numero dei ricoverati nei manicomii cresca col crescere della cultura e della prosperità pubblica. Questa verità rifugge nel confronto tra il Nord e il Sud d'Italia. Le tre province italiane

che esaltano il massimo numero di ricoverati pazzi in rapporto alla popolazione sono tutte del Nord, con una proporzione che varia dal 25,3 al 36,9 per ogni 10.000 abitanti: le 22 provincie italiane che costano il minimo numero di ricoverati pazzi in rapporto alla popolazione sono tutte del Sud (entro Alessandria), con una proporzione che oscilla dall'1,3 al 6,6 per ogni 10.000 abitanti. Le altre 35 provincie d'Italia rappresentano le proporzioni intermedie, ma sempre con prevalenza del Sud ai gradini più bassi della scala e del Nord ai più alti.

La malta l'istruzione e la povertà sensibilizza la sensibilità sociale e individuali di fronte alla spietatezza dolerosa della pazzia, e l'incremento sensibilità crea un maggiore stimolo all'incremento degli alienati in apposti ospedali. Nel mezzogiorno d'Italia il livello di vita è meschino, la povertà è dei pazzi, coi suoi 4 facilmente tollerata da un popolo avviziato agli orrori della miseria, le classi ricche non sentono alcuna ripugnanza nel contatto con una plebe agitata, e una plebe non sono che grandi villaggi. Perciò i manicomi sono ricami scarsi, disseminati, poco accessibili e poco ben visti, esultano che dagli ospedali dei famuli e dei loro parenti che ne tengano beneficio materiale. Ma la grande proporzione dei ricoverati non indica scarsezza d'alienati: il vagabondaggio, la mendicizia, le carceri, i ospedali famigliari ricludono una quantità immensa di pazzi non ricoverati e rappresentano altrettante successali anfibiosche del manicomio. Si aggiunga che la tesi, l'infamia e innumerevoli malattie cadono con predilezione su questi derelitti, e la mortalità alcuna se loro file sfandole senza traspirare la taccia, ma continua rinnovazione. Se nel Nord impera l'alcolismo, il Sud non è risparmiato dall'epilessia: la pellagra, atrofia, anemizzazione combatte nell'Alta Italia, si sposta verso il fondo della penisola, donde non è difficile che emigri, insieme col maia, verso il Sud; e la primitività degli ordinamenti civili, col loro effetto costituzionali e con le sue crisi momentanee, ma ben più profondo di quelle che si verificano nei paesi commerciali e industriali, mentre contribuiscono a nascondere i casi di pazzia, non è certo capace di diminuirne il numero.

Insomma, nei paesi civili la pazzia è addensata nei manicomi, nei paesi di civiltà inferiore essa è una esortura spicciola, anteluna, che si sottrae alla diagnosi, che sfugge alla statistica, che non figura nei bilanci delle pubbliche Amministrazioni, ma che non cessa per questo di gravitare sull'economia materiale e morale della popolazione in maniera indiretta, ingenerando le condizioni della sventura e del benessere collettivo.

Quanto allo stato di barbarie, sebbene non si possano invocare a suo carico le statistiche statistiche, si può arguire che esso non presenti punto dalle più fertili tra le malattie mentali, considerandole con questa facilità (i) si osservano epilessia, idiozia, epilessia, isterismo, paranoie che la storia

ricorda sotto il falso nome di *alcolomani*, d'*omoni*, di *streghe*, d'*arditi*, di *zitti*, e che qualche volta rimanesse sotto la loro vera luce, nelle *evolutioni* sociali, non frequenti un tempo, così rare adesso.

Altre cause sociali di pazzia sono da *derivarsi* nel genere d'occupazione, nella residenza, nell'alimentazione, nei rapporti di famiglia, nei costumi, nelle abitudini sessuali, a cui l'individuo perena è costretto, talvolta contro sua voglia e con sacrificio della propria salute pubblica, dall'arbitrario egoismo della collettività, mentre l'individuo ricor si è spinto dall'odio o della miseria di beni. La condizione necessaria perchè tutti questi fattori di pazzia spieghino la loro funesta influenza sta dunque evidentemente nell'organizzazione sociale che permette eccessive proporzioni nella distribuzione della ricchezza, così rendendo inevitabili certe pazzie professionali come l'*alcolismo* nei vetturali che restano lunghe ore esposti alle intemperie, la *paralogia* nei giovani nei tipografi per settimane o nelle stitrici per assuefazione da opio, di carbonio, certo più così evidenti che come il cretinismo nelle vallate alpine, e i disordini mentali dell'*epidemia* in Prussia, dell'*isterismo* in Irlanda, del *melancolia* in Italia, Spagna, Romania, dell'*oppressioni* in Cina; certe forme d'*isterismo*, di *arrestazioni* con idee fisse, di *pervertimento* ereditario, di delinquenze, di *psicosi* in individui educati troppo materialmente o abbandonati alla corruttore delle strade o contrariati nelle inclinazioni amorose o spinti a tentazioni d'*infamie* o delusi nella propria speranza.

Insomma, sono sempre le cause *sociologiche* o le cause *politiche*, di cui abbiamo parlato dianzi, quelle che producono il tipo di cause sociali quando operano sull'individuo innescando dall'ambiente esterno con la regolarità d'un fenomeno sociale.

CAUSE FISICHE

Diateasi. — Vi sono malattie, *infermità*, *imperfezioni*, *anomalie*, *debolezze*, che non costituiscono una malattia mentale, ma predispongono alle malattie mentali od anche ad una forma determinata di malattia mentale. A parità d'*ambiente*, vi è chi impazzisce e chi no. Il *defetto* del tik e di altri processi innervi non è in ragione della gravità con cui si presenta l'*infiammazione* o la *distrofia*; ma in parte dipende altresì dal modo con cui reagisce il cervello, ossia dalla personalità fisica e psichica del malato. La sensibilità ai veleni e nei le *anomalie costituzionali*, quella che favorisce più di tutto da un individuo all'altro. La stessa quantità di veleno produce affetti più disparati per natura e qualità e versata degli individui, come si può facilmente osservare nell'*alcolismo*, e la

deparata d'effetti più anidre dall'estrema intossicazione nel cui innanzi quasi assoluta.

La massima parte delle predisposizioni distrofiche ha le sue sorgenti nell'intero organismo o in alterazioni costituzionali del ricambio materiale. Il cervello è sede di malanno mentali assai più che di semplici predisposizioni, a meno che non si voglia considerare come una distesi l'arterioarterios cerebrale, che predispone al ramollimento, o non si creda di poter localizzare nel cervello quell'ignota condizione organica che prelude all'apoplezia e spesso si trasmette nella famiglia per eredità.

Si eredita spesso anche la distesi prima di cui sembra che si sviluppino, (dalla all'oroscuro ed alla gola, parecchie malattie mentali Ueber). Altre distesi si acquistano invece nel corso della vita, ora lentamente, ora come conseguenza di altre malattie. E queste distesi acquisite, come le ereditarie, possono scomparire o persistere a seconda dei casi. L'invalidità che tien dietro alla distesi, benché remanga lungi anni latente, dà origine alla pale od alla paralisi progressiva, o costituisce una predisposizione al processo metalitico, ossia una specie di distesi consecutiva; ma quanto si presentarsi o no del processo metalitico e al questo se esso si localizza piuttosto nel midollo spinale come tabes, o nel cervello come paralisi progressiva, o in entrambi gli organi come tabe-paralisi, ciò dipende forse da una distesi primaria, di cui si sfuggono le manifestazioni o che potrebbe non avere alcun rapporto diretto con le funzioni psichiche.

Certo distesi si affermano soltanto in certe età; senza questo conflitto dell'età non traluce la distesi e non si manifesta la malattia mentale. E perciò ogni età ha di preferenza le sue psicosi. La *correlazione* differisce dunque l'età infantile, l'*alzheimer* la straga fra gli adolescenti, la *paralisi progressiva* non assale che zimb voluta fra i 30 e i 50 anni, la *degenerazione* con amnesia e disorientamento è propria dei vecchi, il fatto dell'età si aggiunge forse ad altri fattori, per sé stessi insufficienti o più o meno oscuri. Questa conflazione di cause basta a creare una distesi che non c'era e non spunta, qualche volta a 60 anni, ma passa circosolva, ed una paradosica di conseguenza, che rivela una metamorfosi costituzionale dell'individuo. O avviene invece che l'età esercita una costituzione difettosa e lascia sparire una psicosi costituzionale, come l'*alzheimer*, ed una *paralisi progressiva* od un'*emerson*, che avevano imperversato durante la gioventù. Ragazzi chiarati stati intelligenti ed equilibrati fino alla pubertà si arrobano, indistreggiare, deviano e ritardano al punto, da rimanere al di sotto del livello comune: il che fa domandare se non vi sia una distesi per la forme anche loro di *degenerazione* normale, che spesso è una malattia di famiglia, e se questa distesi che qualche volta si manifesta con oscillazioni minori o capricci del più corporeo non abbia origine nel

processi intima del ricambio generale o delle influenze climatiche che sono esercitate su di esso dallo sviluppo e dalla rimodellazione continua degli elementi sessuali.

Degenerazioni psichiche. — Con questo nome s'intendono certe anomalie della costituzione mentale che rappresentano una specie di diatesi rispetto a patologie ulteriori e non necessarie, ma d'infelice più franca ed acuta. Data l'anomala costituzione della mente, è probabile se non certo che un giorno, anche senza l'intervento d'una causa esterna o per una causa assai lieve, scoppierà un accesso di mania, di melancolia, di confusione senile, o si produrranno delle allucinazioni senili, o si organizzerà una forma di delirio sistematizzato. Spesso gli accessi dei degenerati si ripetono ed assumono un decorso periodico. La diatesi degenerativa o degenerazione psichica, a differenza delle precedenti, è esclusivamente cerebrale, perché, prima ancora d'aver generato accessi di vero malessere psichico ed anche non generandone mai, si rivela con imperfezioni dell'intelligenza e del carattere che costituiscono già per sé stesse, se non una malattia, un'*infermità senile*. Le malattie mentali dei degenerati, se si producono episodicamente, non sono in certo modo che una continuazione o meglio un epifenomeno dell'anomalia da cui dipendono ed a cui rassomigliano.

Le imperfezioni costituzionali dei degenerati sono associate ad irregolarità scheletriche e viscerali che si riscontrano anche in personalità normali, ma alquanto più raramente. Alcune di queste irregolarità hanno carattere di recessione atavica e sono interpretate senz'altro come *signes degeneratives*: il fondo darwiniano dell'orecchia, il labbro leporino, l'utero bicornuto, la polimastia, l'ipertrofia, la mano pitecoida. Ma la frequenza con cui appaiono anche in persone psichicamente normali non permette di utilizzarle quasi mai nella diagnosi individuale. In ogni modo, è innegabile che certe imperfezioni d'ordine intellettuale ed etico, con o senza segni somatici, denotano uno stato d'inferiorità antropologica.

L'inferiorità antropologica dei degenerati è per lo più ereditaria, ma può anche prendere origine da malattie che colpiscono l'organismo nella vita fetale e nella prima infanzia. Molte volte la degenerazione psichica rimane nella coscienza delle imperfezioni vaghe o circonscritte e nascoste della struttura, della diffeenza, dell'*avversabilità morale*, del *pervertimento eretico*, dell'*incestualità*, che non impediscono uno sviluppo abbastanza rigoglioso dell'intelligenza; altre volte invece, senza perdere l'attitudine predisponente verso altre psicosi più determinate, la diatesi degenerativa subisce una prima attuazione clinica, assumendo la forma dell'*schizofrenia*, della *paranoia*, della *deltipennia*. Come avviene nelle forme

di degenerazione non qualificata, anche di insicurezza, alla paranoia, alla delinquenza si sovrappongono gli accessi di mania, di melanconia, di psicosi periodiche e crescenti che complicano, ma non nascondono il quadro clinico dell'inermità primitiva. Le diatesi semplici sono la candidatura alla pazzia; la degenerazione non qualificata o le forme specifiche di degenerazione che abbiano mostrate, se non sono ancora la pazzia, sono già qualche cosa di più d'una candidatura. Anche l'arrozene, il delirio *foléris* e tutte le altre specie di psicosi acute colpiscono più frequentemente i degenerati che i normali; ma non bisogna dimenticare che dei due elementi necessari alla produzione di queste psicosi acute, l'avvelenamento del sangue e la speciale reattività dell'organismo, il primo può dipendere da cause estranee alla costituzione individuale, e il secondo può essere legato sia ad una diatesi extracerebrale, sia anche ad una specifica sensibilità del cervello di fronte ad un singolo agente nocivo, senza che la sensibilità o la funzionalità ordinaria del cervello, come organo dell'intelligenza, ne resti minimamente offesa. In altro parole, non ogni diatesi che conduca alle psicosi ed al delirio ha necessariamente il significato della *degenerazione psichica*. Per esempio, una certa intolleranza verso l'alcool è assai comune fra persone normali e psichicamente elevate.

Quanto poi al valore delle stigme *degenerative*, esso è sempre assai discutibile. Le statistiche comparative fra normali e degenerati esistenti non offrono, come abbiamo detto, che differenze seriali e per giunta assai deboli. In ogni modo, le irregolarità scheletriche e viscerali, anche se hanno sede nel cranio o in visceri strettamente adiacenti al cervello, sono un segno o non una causa: esse indicano che qualche turbamento dell'evoluzione d'un individuo è avvenuto, e lasciano presumere che anche lo sviluppo dell'intelligenza o del carattere possa aver sofferto alterazioni parallele e dipendenti dalla stessa causa. Insomma, anche come semplice segno di analisi o di predisposizione psicopatologica, non hanno che un valore molto relativo. La psichiatria italiana ha accumulato milioni di misure, sottoposti già alienati ed esenti intelligenzissimi del cranio; e la sua storia *foléris*, quantunque non ricca di risultati positivi. La misurazione del cranio non serve che a descrivere con esattezza quelle irregolarità madornali di struttura, che qualunque medico esperto sa rilevare al occhio nudo, e che costituiscono non già l'inizio d'una problematica inferiorità antropologica, ma il sintomo o il residuo d'un processo clinico, per lo più d'origine accidentale. Tali sono l'*idrecefalo*, la *microcefalia*, la *macrocefalia*, l'*anomia* di KELL.

Secondo Lombroso, la degenerazione è quasi sempre associata all'*epilessione*. Fra le tante stigme antropologiche, questa stigma clinica è la più importante ed assorge al valore di causa. Più specialmente, la delinquenza e

la genialità non sarebbero altro che forme d'epilessia psichica. Questo concetto implica un ampliamento abusivo dei confini assegnati all'epilessia psichica, un'idealizzazione affetto mistica del così detto genio e un'interpretazione unilaterale della devianza, ch'è ben di raro costituzionale.

Il genio non ha nulla di mostruoso, né di patologico, né di meraviglioso, tranne l'assimilazione dello stato senile che lo circonda d'un culto idólatrico. Gli uomini geniali non sono che individui intelligenti sorretti da una grandissima costanza nei loro sforzi e dalla fortuna nel giudizio non sempre giusto delle posterità. Le idee geniali non sono così intuitive e fulminee come si crede dal troppo famoso caso di Newton in poi, e per nutrirle non v'è bisogno d'un temperamento romantico o d'un'affettività psicopatica. Come la genesi di tante altre varietà senili non costituisce, almeno finora, un quesito scientifico, così non esiste una questione del genio e tanto meno una teoria; e meno che mai è sostenibile la concezione catastrofica che equipara il genio all'epilessia e l'idea geniale ad una scarica convulsiva.

Quanto alla delinquenza, essa è quasi sempre il prodotto delle condizioni sociali, ossia di cause esterne che si potrebbero in gran parte evitare. Solo un piccolo numero di criminali ostinati, che delinquono a dispetto dell'educazione efficace, dell'ambiente in cui vivono e dei propri interessi, dimostrano un'insensibilità morale che ha veramente l'impronta degenerativa e che spesso è legata o deriva dall'epilessia. Che questi delinquenti non veri crin del furto, dell'assassinio, dello stupro, della grossolano, siano da riguardarsi come degenerati è giusto. Ma nella maggioranza dei delinquenti non è tanto dimostrabile la degenerazione, e lo prova la grandissima prevalenza della criminalità maschile sulla femminile. Appena perché il delitto è quasi sempre la reazione ad un'anomalia o ad una ingiustizia o ad un pregiudizio sociale, il sesso maschile, che è all'avanguardia nella lotta per la vita e per il benessere, delinque assai più spesso del femminile; o la donna, schiava e parassita dell'uomo, è essa tutta esposta di lui ai pericoli ed alle tentazioni criminali. Invece di fronte alle cause dell'epilessia non v'è alcun divario fra i due sessi, e le statistiche si pareggiano. Se la delinquenza fosse una varietà dell'epilessia, dovrebbero pareggiarsi anche le statistiche della delinquenza, il che è lontanissimo dal vero. Inoltre è evidente che non appartengono all'epilessia i casi notevolmente numerosi di delitti che derivano da insicurezza, da parricidio, da omicidio passionale, da omicidio, da suicidio, da rapina metancolica, da alcoolismo. L'epilessia è dunque un fattore di delinquenza, la degenerazione con insensibilità morale è un altro fattore, ma la grandissima maggioranza dei casi è effetto delle condizioni sociali. E questa è la ragione per cui i reati tendono a diminuire con una rapidità che non sarebbe possibile se fossero il prodotto fatale d'una degenerazione ereditaria.

Eredità. — Gli studi sull'eredità fisiologica hanno dimostrato quanto sia difficile la trasmissione dei caratteri negativi, malgrado la loro evidente utilità per l'individuo o per la specie, che dovrebbe agevolare la perpetuazione. Gli esempi in proposito sono così scarsi e così dubbi, che naturalisti di valore indiscutibile, come NATURALI e WRIGHTSON, hanno ereditato di poter negare l'epigenesi, ammettendo l'evoluzione, ma solo in senso ristretto, cioè come l'attuazione progressiva di proprietà, funzioni ed organi potenzialmente preformati. Se si ereditano così difficilmente i nuovi caratteri fisiologici, che neppure con il valore dell'organismo senza disturbarlo con eredità, che cosa dovrà dirsi dello malattie? Tutti i processi ordinari dell'organismo cospirano contro le malattie, anziché in favore; e i discendenti dei malati ereditano piuttosto la capacità di resistere all'agente malfico, tanto o privo, per così dire, di tradizione organica, che non la facoltà di adattarsi nel giro d'una o di poche generazioni.

E infatti l'eredità patologica, nella sua forma genuina, cioè di trasmissione simile, è assai più rara di quanto si crede generalmente. Si parla per esempio della tubercolosi e in certi casi della sifilide come di malattie ereditarie; ma la trasmissione avviene per contagio e non per eredità. Si citano famiglie in cui è frequente l'alecosismo o il *morbo*, ma l'educazione, l'esempio, la suggestività di certi precedenti creano un contagio psichico che non si deve confondere con l'eredità. Si pretende che la psicosi sia ereditaria o possa diventare ereditaria; ma questa non è l'eredità organica col suo rigorismo fatale, è eredità esterna di miseria, di resistenza, d'ambiente agitato, da cui si guarisce con la legge di resistenza, con l'emigrazione, con provvedimenti legislativi. A questo modo, così per contossioni di *confessione* esterne, acqua, abitudine, alimentazione, sono ereditari anche il gozzo ed il cretinismo. Un altro errore è quello di scambiare l'eredità genuina, che è semplice trasmissione di debolezze, con l'eredità *specifica*, che è trasmissione di malattie. Quando BRENN-STRAND provocava nella cavia un'epilessia artificiale ed osservava l'epilessia spontanea nella seconda generazione, egli non aveva fatto altro che ottenere un animale assai precario alle convulsioni e che reagisce epileticamente ad ogni attacco morboso, mettendolo in condizione di generare una prole fiacca, che con tutta probabilità avrebbe manifestato la propria insufficienza organica nello stesso modo, cioè con convulsioni epilettiche.

L'eredità dissimulare delle malattie non è che l'effetto esercitato dal processo morboso del generante sugli elementi germinali o sull'embrione, che ne resta invalidato e si sviluppa in modo difettoso. Questo è il meccanismo abitualmente semplice per cui da un alcolista nasce un epilettico, ma può nascere egualmente un idiozia od un epilettico; e da un sifilitico

naveo un sifilitico), ma anche un paralitico precoce, un cieco, un sordomuto, un rachitico, un nano, un fosforico. Fu osservato da Agostini che i figli di pellagrosi presentano talvolta forme tipiche d'intossicazione distrofica e d'intossicazione mivolemanosa (fig. 8). In quest'ultimo caso l'azione tossica della pellagra non aveva fatto altro che offendere la troica della prole, e ne era scaturito il consueto processo di mivolema. Il continuarsi dell'incapacità da padre a figlio, per mezzo d'un germe annullato, in una forma qualsiasi e sotto la pressione d'una violenza esterna, non ha nulla di comune col misterioso processo dell'eredità organica, che ricopre in modo preciso forme, sentenze e svolgimenti del tutto particolari attraverso ad un germe carico di potenzialità attiva.

L'eredità simile delle malattie è la sola che si possa riguardare come una trasmissione di veri caratteri organici. Gli alienisti la osservarono nella parossia, nella *degenerazione* e nelle *psicosi* affettive: *melancolia*, *cosita*, *forme periodiche*. Vi è talvolta eredità simile anche nell'*insorbidità*; ma bisogna fare le debite eccezioni per casi di *cerebrosoplia infantile*, che per la più dipendono da cause accidentali, quantunque assumano in un grandissimo numero di casi le apparenze dell'*insorbidità ordinaria*. I sintomi clinici che si trasmettono per eredità simile sono sempre qualche cosa di molto intimo, che determina un'impronta nella costituzione individuale e che rassomiglia ad un carattere organico. Perciò il ravvicinamento all'eredità biologica, che è arbitrario per l'eredità dissimilare delle malattie, diventa legittimo per l'eredità simile.

Del resto le percentuali dell'eredità, fra i malati di mente, non sono molto elevate. Per elevarle a tutti i costi, bisogna tener conto delle metamorfosi



Fig. 8. — Infestazione mivolemanosa di un ragazzo (11 anni) nato da madre pellagrosa. (Mazzoni, R. 99 del Agostini).

da ogni malattia nervosa ed anche da una malattia qualunque ad una psicosi, equiparare le anomalie a processi morbosi o vendere per eredità autentica tutti i casi di eredità dissimulare. A questo modo sono costruite le tabelle statistiche che hanno ridotto la psichiatria ad un registro di mostruosità inguaribili e prestatibili.

L'eredità dissimulare non si manifesta soltanto in modo generico e vappiccioso, ma anche in un cielo pieno di malattie mentali che presentano altri esordii comuni. Si incontrano facilmente, in una stessa famiglia, casi di *Alzheimer*, di *maia*, di *paria circolare*, che appartengono tutte al gruppo delle *psicosi affettive* e che talvolta si sommano o si avvicendano anche nello stesso individuo appunto per la loro affinità d'origine. Siccome peraltro i sintomi e il decorso di queste varie psicosi sono molto diversi, o tra *mania* e *melancolia* (1) è un divario che arriva fino all'antitesi, è evidente che non si esista la *disposizione specifica* alla *melancolia*, alla *maia*, alla *paria circolare*, ma soltanto la *disposizione in genere* alle *psicosi affettive*; e non è improbabile che la causa d'una simile disposizione risieda in uno squilibrio unico del *ricambio generale* anziché in un'alterazione ereditaria dell'intelligenza, che sufficientemente potrebbe differenziarsi sotto forme morbose così svariate. Il grado raggiunto dello squilibrio del *ricambio* e la interferenza che esso incontra nello stato nutrizivo e psichico del malato promuovono la molteplicità dei quadri reattivi: la *melancolia*, la *maia*, la *psicosi circolare*, secondo la personalità del malato e le circostanze del momento. Insomma, si tratta d'una *maia* che non ha diretto rapporto col meccanismo intellettuale e che perciò è in grado di modificare il proprio esponente clinico nei limiti che abbiamo indicati. Forse la *solidarietà* delle varie *psicosi affettive* si esende anche oltre i confini della psichiatria, a qualche alterazione del *ricambio* che non danneggia l'intelligenza e che perciò va sotto il titolo complessivo delle *diatesi generali*.

Il concetto del *polimorfismo* nelle *psicosi ereditarie* fu sviluppato con vigore dall'alienista belga Morel, che se ne servì nel 1852 per trarre la sua teoria della *degenerazione mentale*. Le *psicosi ereditarie*, secondo Morel, si comunicano alla discendenza « *in età sempre più fresca e in forme sempre più gravi* » finiscono per *congiungere alla nascita sotto le vesti dell'idiotia congenita*. L'altizza si associa molto spesso all'*infertilità*, e così il processo di *degenerazione*, se non è mortale per l'individuo, uccide la stirpe degenerata perché ne impedisce la *continuazione*.

La legge della *degenerazione mentale* è esatta finché si limita ad indicare di *preferenza* come *ereditarie* certe *psicosi* che in realtà si trasmettono più facilmente dello altre, o intaccano più profondamente la personalità del malato, o quindi meritano d'essere contrapposte alle *psicosi*

acquisite per causa esterna. Nessuno può negare che la pazzia, la demenza giacante e la pazzia periodica sono più ereditarie delle altre malattie mentali. È vera anche la regola per cui, nella trasmissione delle malattie mentali, incombe la tendenza all'anticipazione d'età, e Pinacassi lo dimostrò con tabelle statistiche, dove questa legge d'affettamento risulta con singolare costanza e regolarità. Ma non è punto dimostrato che la decadenza delle famiglie psicotiche sia progressiva: lo sforzo per la rigenerazione è assai più potente di quello che spinge alla degenerazione, e si esplica in maniera di gran lunga più larga. Quanto all'infamia, essa è quasi sempre una malattia d'origine esterna e fortuita. E infine, non è affatto da credere che il processo di degenerazione confluisca per una famiglia tutta sua propria, cioè per mezzo dell'infertilità, all'estinzione della stirpe degenerata. Si può dire agli apostoli della teoria degenerativa: « les gens que vous tuez se portent assez bien », e l'estinzione di molte famiglie è un fenomeno assai comune che non ha per causa l'eredità degenerativa.

Tutte le ricerche che si praticano comunemente sull'eredità morbosa, e peggio che mai sull'eredità delle malattie mentali, che talvolta si presumono per vaghi e minimi indizi, peccano d'insufficienza e d'inesattezza. In generale, compilando gli alberi genealogici, si confinisce la stirpe ed esatto, che comprende soltanto la parentela in linea paterna; e, solo nelle generazioni viventi, non si oltrepassa il casato. Ora, la famiglia vera è immensamente più vasta di questa famiglia convenzionale. Mentre la genealogia d'un individuo si raffigura simbolicamente come un albero schiacciato su d'un punto, che comincia al nascito con quattro proci e termina con un certo numero di generati, essa si dovrebbe raffigurare biologicamente come una rete che si estende a perdita d'occhio nelle tre dimensioni, verso l'ascendenza, verso la discendenza e verso i collaterali di tutte le generazioni. Ogni individuo conta al di sopra di sé un numero d'antenati che sale a 1624 nella decima generazione e ad 1.048.576 nella ventesima, se non vi sono consanguinei tra gli ascendenti. Un discendente diretto di Dante Alighieri o di Filippo il Bello dovrebbe racchiudere nel proprio idoplasma, oltre ai germi del capostipite da cui ha ereditato il nome, quello di altri 1.048.575 contemporanei del capostipite e i germi o migliaia di proci nati uniti, ma altrettanto ignoti, dispersi e liberi da qualunque rapporto di parentela reciproca, che tuttavia hanno contribuito in egual misura alla sua nascita e, insieme, a quella d'una stirpe sterminata con all'incirca i medesimi progenitori. Questo numero strabocchevole di poteri è per solo alquanto diminuito dal fatto dei matrimoni tra consanguinei, che semplificano le ramificazioni ascendenti, come avviene ad esempio nelle popolazioni delle piccole isole, dove si vede re-

Occorre così frequentemente lo stesso caso. Ma questa attenuazione non infirma la regola generale.

Da queste premesse bisogna concludere che è impossibile qualunque studio non davvero completo, ma anche non del tutto unilaterale della realtà reente, e che è estremamente difficile anche la più semplice verifica delle eredità vicine. In ogni modo l'estinzione di molti casati è un fenomeno demografico che non esprime una particolare sterilità delle famiglie degenerate, ma la necessità sociale d'un ostacolo (psichico, economico o fortuito) che freni e regoli l'aumento della popolazione. Quanto poi all'eredità delle malattie mentali, se qualche cosa risulta da quanto finora si conosce, non è già una presunta legge di *degenerazione progressiva*, ma piuttosto una legge assai più generale di *vigenerazione psichica*. In virtù di questa legge è probabile che il numero dei pazzi cresca meno della popolazione totale.

Se si tengono in aiuto conto tutte queste riserve, si arriva alla conclusione che, fra le cause di pazzia, le esterne agiscono assai più largamente dello interno. E fra le cause esterne, gli sconvolgimenti somatici e le disarmonie sociali sono più temibili dello strapazzo intellettuale, la cui azione è nulla se non è accompagnata da errori igienici, da emozioni deprimenti o perciò anche da perturbazioni trofiche dell'intero organismo.

CAPITOLO III.

Il substrato anatomico-patologico delle malattie mentali

Lo studio anatomico-patologico delle malattie mentali è rivolto principalmente alla corteccia del cervello, sede necessaria ed essenziale dei processi psichici e perciò d'ogni loro alterazione. Dal punto di vista clinico bisogna però che le autopsie e le ricerche successive si estendano anche agli altri organi del corpo. Le lesioni extracorticali ed extracerebrali offrono anzi un interesse considerevole, sia perchè possono rivelare la sorgente dell'azione patologica che ha scosso il cervello, sia perchè costituiscono le tracce dimostrabili di processi collaterali. Molte volte l'origine d'una psicosi si fa ricercarsi nei reni, nella tiroide o nei vasi. Altre volte la presenza d'alterazioni esistenti nell'intestino, nel cuore, nei reni, nel fegato o nel midollo spinale chiarisce le alterazioni mentali evidenti o addirittura inestricabili della corteccia cerebrale, come avviene in certi casi di pellagra, d'alcolismo, di epilessia, di anemie, i cui sintomi psichici, malgrado la loro gravità, sono dovuti a turbanelli di natura funzionale od a lesioni lievi e riparabili.

Per lungo tempo la psichiatria difese quasi compattamente d'instabilità patologica. Tutta la sua ricchezza proveniva dalle teorie scoperte dai psichici progressivi, sia i reperti erano limitati alle lesioni complesse e grossolane dello stadio terminale. Il problema sulla patogenesi e sulla natura anatomica dei processi non veniva nè risolto, nè formulato, perchè era almeno a priori che la paralisi progressiva, unica minaccia accessibile allo studio anatomico-patologico degli alienisti, fosse un'infezione. Oggi, se continuiamo ad ignorare il corrispettivo materiale della paranoia, della demenza precoce, delle psicosi periodiche, della melanconia o di poche altre sindromi cliniche che del resto sono soggette ad incessanti contestazioni non solo sui loro confini, ma persino sulla loro realtà, sò-

hanno in compenso un numero eguale o forse maggiore di psicosi ben definite che possono figurare nella *psichiatria speciale* col loro quadro anatomico-patologico, come si vede ai capitoli della paralisi progressiva, della demenza senile ed apoplettica, dell'ictus retrospigliato, e in parte dell'epilessia, dell'amentia, della pellagra, dell'alcolismo.

Le nozioni d'anatomia patologica finora acquisite in psichiatria, integrandosi con quelle di patologia spirituale, ci autorizzano a distinguere l'insidie diffusa o circoscritta, transitoria ed irreparabile, recente o congenita delle lesioni e quindi anche dei sintomi che si sono manifestati in vita, benché siano assai lontane dal rivelarci il loro contenuto psichico. È vero che a questo modo non si esauriscono affatto le questioni inerenti ai rapporti fra i disturbi mentali e il loro organo anatomico, questioni d'una difficoltà forse insuperabile: ma d'altra parte si arriva ad una sintesi che permette di considerare un buon numero di psicosi da un punto di vista comune e di riferirne i loro stadi e i loro momenti critici ad una serie nota, anatomicamente coordinata ed approssimativamente parallela di processi naturali.

Il metodo di Nissl, ponendo in evidenza varie particolarità citologiche della cellula psichica, ha servito a completare ed a puntellare le osservazioni raccolte coi metodi meno recenti e in pari tempo ha aperto la strada a ricerche nuove, specialmente nel campo della patologia spirituale. Bisogna riflettere che i pezzi di cui si pratica l'autopsia nei manicomi nascono quasi sempre in stato di demenza avanzata o sotto l'azione di malattie intercorrenti che, non fosse altro per mezzo dell'agitazione, sovvercano il cervello. Alterazioni premortali: è queste alterazioni dell'ultima ora, spesso assolutamente estranee al processo della psicosi, nascondono o smaltiscono o in parte le alterazioni originarie e caratteristiche. Ora, i risultati sperimentali che si sono potuti raccogliere in accordo con gli animali presentano ineguali ed infine analogie coi reperti anatomico-patologici che solo a gran fatica si possono riscontrare sull'uomo, e più specialmente con quelli, non veramente utilizzabili, che corrispondono alla prima fase dei processi tossici, infettivi, traumatici e d'esaurimento. Con questo efficace complemento di suppi si possono riempire le lacune e deflazze le incertezze che ricorrono così frequentemente nelle autopsie degli alienati.

Il metodo di Golgi, dimostrando la complessità morfologica dei neuroni normali come pure dei rapporti anatomici e funzionali che sorreggono costantemente fra cellule e fibre, ha servito in modo indiretto anche all'anatomia patologica, che può estrarre in questi dati di fatto molte particolarità suggestive e adeguate alla delicatezza dei suoi problemi.

A dire il vero, si è creduto per qualche tempo che le applicazioni di

questo prezioso metodo ai tessuti patologici potessero essere più diretto e più semplici. Si dava particolare importanza alle deformazioni apparesenti dei dendriti e delle fibre, soprattutto ai rigonfiamenti mottiformi. Ma l'esperienza ha dimostrato che simili deformazioni rientrano nel novero delle modificazioni funzionali, dei caratteri morfologici ordinari, delle alterazioni postmortalì, dei prodotti artificiali. Nel campo delle ricerche sperimentali rimangono ancora incoperte, od vaghe e sull'origine dei «singoli reperti», è naturale che le incertezze aumentino di fronte ai casi di patologia umana, dove i momenti casuali possono essere molteplici e si sottraggono facilmente ad una determinazione preventiva o retrospettiva. Tuttavia certi reperti d'atrofia gravi nelle cellule nervose e nei loro prolungamenti, la proliferazione e metamorfosi morfologiche straordinarie nella nevroglia resistono a qualunque critica.

Nello studio delle fibre nervose, all'usativismo e prezioso metodo di Wriemer si è aggiunto quello di Mancini. Mentre col metodo di Wriemer i processi di distruzione non si rivelano che in forma negativa, col metodo di Mancini si scorge il processo della degenerazione secondaria sotto forma positiva e in fase precoce, perché la micela delle fibre degeneranti si disgrega in goccioline, si altera chimicamente, e quindi si ammassa sotto l'azione dell'acido osmico nonostante la preventiva impregnazione con sali di cromo. Questo reperto indica con sicurezza che durante la vita doveva essere o interrotta o inaridita la corrente d'influenza trofica che giungeva pervenendo dalle cellule di origine.

Nel 1896 Wriemer rese noto un altro suo procedimento istologico che lascia intatti in fibre e le cellule nervose, salvo il nucleo col suo nucleolo, ma che colora elettrivamente le fibre e le cellule della nevroglia o, più esattamente, i *soli nuclei* (c. fig. 14). Con questo metodo la nevroglia spicca vivamente e totalmente in un campo libero sotto forma di fibrille lisce, lunghe e indipendenti. Esso ci permette di valutare la densità e la distribuzione nelle varie zone del cervello e soprattutto nei casi patologici, dove la nevroglia è così spesso in antagonismo attivo con gli elementi specifici ch'essa sostituisce e forse ricade.

Le alterazioni anatomico-patologiche di cui si tiene conto nelle autopsie degli alienati si possono dividere, per sede, in tre gruppi. Le più essenziali sono quelle che si riferiscono alla corteccia cerebrale ed alle sue dipendenze immediate: corona raggiata e corpo calloso. Lesioni del tipo analoghe si riscontrano nel resto del sistema nervoso: gangli della base, ponte, bulbo, cervelletto, midollo spinale, simpatico, nervi periferici, apparati sensoriali. Finalmente non si devono trascurare gli esami del cranio, dei muscoli, dei visceri, del sangue e dell'organismo nel suo insieme.

I

QUADRI MACROSCOPICI DELLE LESIONI SOTTO-CEREBRALI.

Nella corteccia cerebrale, nella corona raggiata e nel corpo calloso, come nel resto dei centri nervosi, si riscontrano lesioni a *focolari* e lesioni più o meno diffuse. Le lesioni a *focolari* sono insofiti a rilevarsi perché occupano uno spazio microscopico o più o meno nettamente circoscritto, talvolta grandissimo, nel quale i processi morbosi, di qualunque genere siano, distruttivi o neoformativi, si palesano con caratteri assai d'una grande evidenza; ed anche i *biocli* meno vasti, specialmente di origine vascolare, sono spesso multipli, per cui è ben difficile che sfuggano all'osservazione, e infatti sono conosciuti da lungo tempo.

I processi diffusi presentano maggior varietà di lesioni e quindi maggiore interesse dal lato istologico e citologico; ed anzi avviene qualche volta che macroscopicamente essi non diano alcun segno della propria esistenza. La malattia colpisce in modo per lo più assai irregolare i vari elementi morfologici e le varie zone della corteccia, ed elementi simili si trovano spesso in differenti stadi di metamorfosi, benché vicini ed anche antichi. Persino in una singola cellula può darsi che coesistano le tracce del processo fondamentale e quelle del processo reattivo che sovrappungono, in via secondaria durante le ultime fasi della malattia. Perciò il reperto anatomico della malattia a localizzazione diffusa dev'essere il risultato critico di un'analisi laboriosa, estesa e che raramente si completa sopra un solo cadavere.

Le alterazioni cerebrali si possono considerare anche da un altro punto di vista, cioè a seconda che sono *precoci* o *tarde*. Gli altri organi del corpo (salvo i sessuali) non crescono nel corso dell'adolescenza che di volume; soltanto il cervello va perfezionandosi con lentissima progressione nella propria struttura intima ed acquista la capacità di funzioni nuove, la cui serie è aperta e sembra indefinita. In qui l'importanza dei processi morbosi che s'iniziano precocemente. Questi processi precoci sorprendono un organo che è ancora assai lontano dall'aver raggiunto la propria maturità fisiologica ed anatomica, e ciò produce un complesso di segni differenziali non solo sopra i sintomi della malattia, ma anche sopra le lesioni.

Gli agenti e i processi son differenziosi da quelli degli adulti per la loro natura; ma la precocità della loro azione ne rende assai diversi gli effetti. Qualche volta un processo locale o originariamente circoscritto provoca reazioni irritative che si propagano ad un intero lobo. Altre volte il pro-

cosmo primitivo e d'origine fetale, e le parti che non avevano ancora raggiunto la loro evoluzione completa, quantunque risparmiato dall'agente morboso, cessano di salire l'influenza trofica delle parti lese o distrutte, andando incontro, anche a grande distanza dalla località involuta, a rapide degenerazioni, ad arresti di sviluppo o a deviazioni mostruose della loro struttura, che non hanno riscontri nella patologia degli adulti. Per esempio, il talamo ottico è in rapporto di solidarietà evolutiva con l'emisfero cerebrale dello stesso lato e con la metà corrispondente del lato opposto.

Non di rado le alterazioni secondarie che colpiscono gli elementi nervosi nella vita infantile e fetale spingono ad ottenere la proliferazione ancora incompiuta della neuroglia, e creano, per via quasi fisiologica, irregolarità strutturali di terzo ordine che non sarebbero possibili, per lo meno in così larga misura, fra gli adulti. I processi d'iperplasia complementare assumono il carattere della riparazione o dell'adattamento in modo da apparire talvolta come semplici anomalie di sviluppo; le atrofie sono così lente, graduali o generalizzate, che il cervello, in luogo dell'aspetto patologico, può acquistare un aspetto onirico e quasi armonico di deformità spontanea, come è il caso di alcune varietà morbose talizzate per agenesi od aplasie.

A) **Reperti terminali dei processi cronici.** — La massima parte di questi processi patologici, malgrado le diversità originarie, condurre ad un epilogo comune, cioè all'atrofia totale o parziale del cervello con residui più o meno riconoscibili di focali. I reperti più caratteristici e che sovente si associano fra di loro sono i seguenti:

- 1.^a Microcefalia;
- 2.^a Microgria;
- 3.^a Macrografia;
- 4.^a Sclerosi lobare;
- 5.^a Assenza del corpo calloso;
- 6.^a Porrocefalia;
- 7.^a Idrocefalo cronico;
- 8.^a Meningo-encefalite cronica;
- 9.^a Sclerosi tuberosa.

La microcefalia si distingue a seconda della sua origine (in patologica o (fino a prova contraria) spontanea). Nei casi di microcefalia patologica persistono i segni evidenti di malattia progressiva che hanno provocato più o meno uniformemente atrofia ed atresia secondarie. L'impiccolimento del cervello non è che l'espressione grossolana del processo distruttivo e si trova combinata con porrocefalia, sclerosi, microgria, idrocefalo, focali diversi, in cui si deve rinvenire la causa fondamentale e spesso

accidentale della microcefalia. Dal numero di queste cause va esclusa la precoce ossificazione delle suture craniche, che nelle autopsie dei microcefali si verifica con poca frequenza e che in ogni modo non è mai un fenomeno primario. Tanto in patologia come nell'evoluzione fisiologica è sempre il cranio che si adatta al cervello come la fodera al suo contenuto, e la microcefalia è così indipendente dalla scatola ossea, che qualche volta si riscontra persino sullo grosso teschio dei macrocefali (per idrocefalia). I cervelli microcefalici per causa patologica sono quasi sempre asimmetrici, talvolta estremamente, e il loro peso in età adulta varia fra 200 e 300 grammi.

La *microencephalie reru* (Giacobini) o classica o idiopatica o spontanea, che si contrappone alle forme patologiche o così dette di pseudo microcefalia, non è assai frequente, e la sua possibilità è messa in dubbio da patologi di grande autorità, come Viciow e Mxerup. Malgrado l'assenza di residui manifestamente patologici, è probabile che questo agenesi apparentemente semplici e senza cause siano dovuti a processi ignorati ed antichi della vita fetale ed anche a semplici disturbi di nutrizione che, diffondendosi a tutto il canale midollare, hanno potuto esercitare un impedimento simultaneo ed uniforme sullo sviluppo dell'intero asse nervoso. E di fatti in questi casi alla piccolezza del cervello si aggiunge costantemente quella del bulbo spinale o micromielia, che interessa non solo, com'è inevitabile, i fasci piramidali (Striatum), ma anche i fasci endogeni e quelli che provengono dalla periferia. Inoltre vi è fra i due emisferi una rigorosa simmetria, ossia un parallelismo di sviluppo che conferisce l'uniformità d'azione del latere palogenetico su tutti i centri nervosi.

In ogni modo la microcefalia classica (fig. 9), per la sua esteriorità armonica e per qualche carattere pitocoale che non ne turba la regolarità, è qualche cosa di ben diverso dalla microcefalia spuria o secondaria. Il cranio è sempre piccolo con fronte fuggente e suture normali. Il peso del cervello varia fra gli stessi limiti dei casi precedenti, per cui anche questa forma di microencephalia si avvicina da un capo alla normalità, dall'altro all'anencephalia. Le circonvoluzioni sono più grossolane e meno contorte, s'osservano i solchi secondari o terziari; mancano le pieghe anastomotiche, e la superficie del cervello presenta una pochezza di linee (fig. 9) pari a quella che si osserva nei feti fra l'8.^a e il 9.^a mese. Il tipo fetale di struttura esterna si conserva per tutta la vita anche se la massa encefalica, proseguendo nel suo accrescimento, raggiunge col tempo un peso non molto lontano dal normale degli adulti, per esempio 1100 grammi o poco meno.

La *microgyria* è un vizio di conformazione della corteccia cerebrale, per

cui le circoscrizioni si presentano fitte, numerose, allungate, sotto forme strane, talvolta addirittura lamellari, con solchi molteplici ed estremità



Fig. 8. — Mammotifazione completa delle circoscrizioni. Grandezza naturale, peso 223 grammi. La morte avvenne all'età di 5 anni e 3 mesi (dall'opera *Frepelli del microscopio*, Torino, 1899, di G. BIAZZOCCI).



Fig. 9. — Molegrafia specializzata del lobo frontale. Sezioni della grandezza naturale (da BIERMAN, *Atti del Congresso*, Bd. XXXI, n. 2).

mente atipici (fig. 10). Quest'anomalia dipende soprattutto da una sproporzione fra la superficie corticale e i fasci sottoposti della sostanza bianca: la corteccia del cervello, dovendo stendersi sopra uno spazio ri-

dato, è costretta ad arrestarsi; a questo effetto può concorrere anche l'irregolarità dei processi proliferativi della neuroglia che si svolgono nello spessore della corteccia. La microglia è un'irregolarità molto grossolana, spesso unilaterale o limitata ad una o poche regioni della corteccia, intorno alle quali si scorge, con netta separazione, una struttura normale. Ma di solito essa non si limita ad una sola località, ed occupando qua e là vasti territori della volta e della base, in numero di due, tre o più, determina una considerevole retrazione dell'emisfero intaccato, e, se è bilaterale, una forma grave di pseudo-mirriadenolia.

Per *microglia* s'intende una conformazione speciale delle circonvoluzioni, che si presentano larghe, senza eleganza di contorno, divise in solchi poco profondi, come in un cervello fetale del sesto o settimo mese, che fosse visto con un certo ingrandimento. Spesso la microglia è parziale: accanto alle circonvoluzioni microglifiche si scorgono circonvoluzioni normali od anche in stato di microglia. Dove le circonvoluzioni sono grandi lo spessore della corteccia è più alto, ma i suoi confini col centro ovale sono meno distinti, perchè un certo numero di cellule corticali, fra cui anche talune piramidali, si trovano al di sotto del livello normale, mescolate con la sostanza bianca, e l'ordine degli strati corticali è un po' scompigliato. Si può arrivare fino all'eterotopia o *metatopia* della sostanza grigia: cellule d'un dato tipo compaiono a gruppi in territori dove dovrebbe esservi sostanza grigia, ma d'un altro tipo.

La *sclerosi lobare* è un reperto anatomico che appartiene esclusivamente alla patologia infantile, e colpisce in totalità o parzialmente un emisfero od un lobo del cervello. La porzione sclerosata è sempre vista e si presenta rattappita, leggera, indurita, spesso il cervello non si allunga allo scoperto: il ponte e i gangli della base possono partecipare al processo; le circonvoluzioni sono piccole, ma conservano la figura e la disposizione ordinaria, le meningi sono quasi sempre intatte. Istologicamente la sclerosi lobare consiste nell'iperplasia della neuroglia con atrofia degli elementi nervosi, e la sede di questa doppia alterazione è nettamente separata dal tessuto normale, per cui si può diagnosticare anche col microscopio.

Spesso il territorio sclerosato contiene residui più o meno inveterati di lesioni, specialmente di emorragie, embolie, trombose, di cui si scorgono ancora le tracce in forma di emorragiche, ramollimenti, piccole glie (Gorzi), infiltrazioni cellulari, o che si possono interpretare come centri d'irradiazione della sclerosi. Mentre nei cervelli degli adulti che siano colpiti da apoplezia od obliterazione d'un vaso perisce con gli elementi nervosi anche la neuroglia, e il processo di riparazione si limita all'al più ad un'elusione microscopica, il contrario avviene, a questo

pure, nella vita fetale ed infantile. La sclerosi lobare rappresenta o tende a rappresentare il grande residuo cicatriziale d'un processo spinto ed originariamente piccolo, benché spesso multiplo.

Qualche volta la massa sclerosata racchiude uno o più nodi centrali di sclerosi più densa, da cui il processo va dilagando in tutte le direzioni. Questi nodi corrispondono a *lesioni periventricolari* di natura infiammatoria acuta con molta probabilità da un agente infettivo e che hanno divampato all'intorno per tutto il lobo o per tutto l'emisfero, spingendo fino alla distruzione i processi regressivi degli elementi nervosi, ma riducendo invece fino alla sclerosi l'accrescimento progressivo della nervaglia (MARINI).

La stenuazione del corpo calloso si associa frequentemente all'atrofia della corona raggiata e quindi alla micrencefalia con o senza microgiria (più spesso senza). Questa gravissima lesione non implica paralisi motorie; è, cosa più strana, si riscontrata al tavolo anatomico anche in individui non idioti. Il corpo calloso, in luogo dell'iplasia assoluta, può subire arresti di sviluppo che lo rendono semplicemente più corto e più sottile, ma che tuttavia si riverberano sulla superficie del cervello. I due emisferi cerebrali rimangono talvolta uniti, perché non si forma la scissura interemisferica (*noisefalia*); o si giungano alla microgiria; o, più spesso, conservano disposizioni primitive, che ricordano il così detto periodo delle scissure transitorie; e gli arcaismi della corteccia restano riforti alla loro espressione più semplice.

Col nome di *porencefalia*, proposto da HENRI nel 1858, si designa la formazione, sempre assai remota, di breccie o lacune nello spessore della sostanza cerebrale, che assumono l'aspetto d'infossamenti, d'incavi, di fenditure e che talvolta si approfondiscono come pozzi dalla corteccia fino ai ventricoli laterali. Queste anomalie risalgono, il più delle volte, a processi morbose della vita intrauterina, ma possono prodursi anche come un fenomeno postnatale per occlusione di vasi o per trauma della scatola ossea. Qualche cosa di molto analogo si può determinare in animali giovani con lesioni sperimentali (D'ARNOU).

Le porencefalie sono spesso multiple, ma di raro simmetriche. Se anche sono simmetriche per posizione, come ad esempio nei due cunei dell'arteria cerebrale media (KENDRICK), presentano disuguaglianze di forma e profondità, che tradiscono la natura accidentale e patologica della loro origine. Sebbene sia impossibile unificare i processi morbose che provocano la porencefalia, è evidente ch'essi confluiscono in un medesimo stadio terminale, che consiste nella netta circoscrizione della sostanza cerebrale, grigia e bianca. D'altra parte la molteplicità delle origini spiega la concomitanza d'altre lesioni gravi e svariate, come mi-

crenecéfala, assenza del corpo calloso, idrocefalo, sclerosi lobare. Talvolta, secondo SCHWITZ, STREISERL e HÖSLER, si scorgono indizi d'antichi processi infiammatori, a cui si deve attribuire un'importanza patogenetica per lo meno pari a quella degli embolismi e dei traumi, e che trasportano la data insorgenza della malattia in un'epoca posteriore alla nascita. Però la regolarità quasi costante delle sezioni di primo ordine nei cervelli porencefalici fa pensare che il processo morboso, qualunque sia, si svolga di preferenza fra il 5.^o e l'8.^o mese della vita fetale.

Anche l'idrocefalo cronico non ha il valore d'un processo morboso a sé. Clinicamente esso non è che un sintomo ed non può persino passare

inosservato; anatomicamente è spesso un fenomeno collaterale di lesioni diverse. Quando per processi distruttivi della sostanza cerebrale i ventricoli si dilatano e gli spazi subaracnoidei si accollano, è naturale che si produca un tumore l'idrocefalia, interna ed esterna insieme, senza che il capo appaia ingrossato, com'è spesso il caso più frequente. Altre volte la raccolta di liquido cefalo-rachidiano è secondaria a compressione della vena di GALENO, da cui si produce la stasi nei plessi coroidei.



Fig. 11. — Idrocefalo interno senza idrocefalia: il bambino viene visto all'ora di andare a letto, i suoi genitori, in vista della testa ingrossata, traspariscono la luce d'una candela perché il cervello sia ridotto ad una sottile lamina parietale, come si vede alla fig. 12.

L'idrocefalo interno può limitarsi ad un solo emisfero ed anche ad un solo ventricolo. Spesso è enorme, e si ha uno sfiancamento progressivo delle pareti craniche, sicché il cranio diventa nastruoso. In casi molto più rari il cranio rimane di dimensioni normali (fig. 11), ma il cervello è talmente compresso da ridursi ad una sottile parete sottile come un foglio (uno o due millimetri di spessore) e dove la struttura degli strati corticali diventa irriconoscibile (fig. 12).

L'aumento del liquido cefalo-rachidiano è spesso dovuto a malattie prenatali, ma d'ordinario cresce ulteriormente anche per uno o più anni dopo alla nascita e non si rende appariscente che dopo qualche mese. In molti altri casi l'idrocefalo è acquisito per malattie sopravvenienti dopo la nascita: la causa più frequente di questa varietà è la meningite acuta,

che a sua volta rappresenta il postumo d'una meningite acuta (ZUNKE). L'idrocefalo infiammatorio in forma cronica è spesso la conseguenza di una obliterazione delle comunicazioni valvularie tra le cavità ventricolari e gli spazi subaracnoidici od anche di particolari lesioni dei plessi coroidei.

La *meningo-encefalite* cronica dei bambini si riconosce all'autopsia per le aderenze fra la corteccia e la pia madre (BOLLENTVILLE, MAJOR), comprende in generale tutti e due gli emisferi, ed è un reparto che s'incontra di raro in compagnia dei precedenti, salvo forse quello della sclerosi lottare e della porencefalia.



Fig. 12. — Un cervello umano nel suo contenitore (nella linea superiore si vedono tratti della membrana parietale che rappresenta gli emisferi); le fosse medie sono invase dalla massa bianca; i tempi occipitali e il trigono sono allo scoperto; nella linea inferiore si vedono gli arazzi del lobo occipitale, unico parte degli emisferi che rimasti struttura quasi normale.

Secondo VIRCHOW (1850) lo stesso agente infettivo che è capace di produrre la poliomielite anteriore o paralisi spinale dei bambini potrebbe localizzarsi anche nelle cellule motorie del cervello, manifestandosi clinicamente con la paralisi cerebrale a tipo spastico associata ad atetosi, ed anatomicamente con *polioencefalite* ovvero semplicemente con *encefalite* acuta dei bambini.

L'idea di VIRCHOW fu ripresa da STRUMPELL (1884), ma con applicazioni eccessive, che furono opportunamente corrette da MAJOR (1885). Non è vero che l'encefalite sia una malattia sistemica e limitata ai centri del movimento. È parimenti inesatto che si possano forzare nel quadro dell'encefalite acuta tutti i casi di meningo-encefalite infantile e tanto meno

quelli di cerebroplegia. Ma sembra fuori di contestazione che esistano encefaliti postnatale d'origine infettiva, con o senza paralisi, che sono prodotte da quegli stessi fattori, del resto variati, che determinano la poliomielite anteriore. Infatti le due specie di paralisi infantile, la spinale e la cerebrale, si presentano simultaneamente sotto forma epidemica, oppure si sommano in uno stesso individuo che rimanesse atordo o paralisi flaccide con paralisi spastiche ed incoercibilità. Tanto l'una specie di paralisi che l'altra si afferma nei suoi reliquiati più che per la gravità dei sintomi inerenti al breve periodo d'invasione; anzi, per ciò che riguarda più specialmente la paralisi cerebrale dei bambini, il periodo iniziale od acuto può sopravvivere con poca febbre e in modo piuttosto insidioso, quasi occulto.

Questo circostraro creato un gran divario fra l'encefalite dei bambini da una parte e l'encefalite emorragica o l'encefalite suppurativa degli adulti dall'altra. E il divario risulta anche maggiore fra questi processi infiammatori, raramente mortali, e i casi fatali di meningite acuta per meningococco di Weichselbaum o per altre infezioni consimili. Se poi l'encefalite infantile non è una malattia sistematica, ciò non basta nemmeno a spiegarla della sua analogia con la paralisi spinale, perchè rigorosamente sistematica non è nemmeno la paralisi spinale.

I casi recenti d'encefalite infantile, studiati in numero piuttosto scarso, si distinguono per seguenti caratteri: sostanza grigia più soffice, superficie del taglio liscia, lacerie, con emorragie puntiformi o rosso-chiaro o campo rosso o giallo-lizvio; al microscopio non si vedono cellule granulose, ma gocce di mielina e detriti; i vasi dilatati; nella sostanza bianca l'infiammazione è più evidente, gli spazi linfatici sono ripieni e i vasi circondati di leucociti; la nevroglia è dovunque abbondante. Quanto al reperto dei casi inveterati, che formano certamente la maggioranza, esso degenera nel quadro della sclerosi lobare.

La sclerosi *ipertrofica o lobare*, così chiamata da BODENHILLER (1880), che la descrisse per il primo, non conduce al cervello ad una vera ipertrofia, ma solo ad una proliferazione circoscritta della nevroglia con aumento enorme delle fibre nevroglie e con alterazione e distruzione delle cellule nervose. La qualifica d'*ipertrofica* serve soprattutto a mettere in rilievo le differenze veramente considerevoli che contraddistinguono la sclerosi tabulare dalla sclerosi lobare od atrofica. Qua e là nella base, ma più specialmente sulla volta del cervello, si avvertono placche prominenti, numerose, consistenti, che spiccano anche al diotto della pia madre ed hanno la larghezza d'un sodo o poco più. Queste placche sono pallide e poco profonde; di solito non interessano che la corteccia ed

Solo nella parte centrale dell'isola sclerotica la nevroglia è più stipata e arriva fino alla sostanza bianca; agli poli, ossia verso la parte sana, si ritrova qualche cellula nervosa, ma le piramidi hanno perduto la loro orientazione regolare e gli strati corticali appaiono scompigliati.

Alla sclerosi tuberosa si associa costantemente l'epilessia. Nei casi finora conosciuti era costante anche l'epilessia, e spesso si aggiungevano paralisi spastiche. Tuttavia la diagnosi speciale non è possibile che al tavolo anatomico.

B) Reperti a focolaio e reperti diffusi degli adulti. — Nella patologia cerebrale degli adulti riprende tutto il suo vigore la distinzione tradizionale fra le malattie diffuse e le malattie a focolaio, le cui lesioni nei reperti dei processi psichici si presentano spesso associate e così compenetrate le une nelle altre, da perdere i contrassegni speciali di cui pure non sono prive all'origine.

I processi morbosì a focolaio che colpiscono il cervello completamente sviluppato danno luogo a reperti meno evaniti di quelli che furono descritti come propri della vita infantile e fetale. Nello stesso tempo questi processi morbosì, in quanto producono lesioni meno compromettenti per la struttura generale del cervello e si sviluppano in un arco più breve di metamorfosi ben distinte, sono tutti più noti, specialmente sotto l'aspetto microscopico, malgrado la loro pluralità, ed appartengono da lungo tempo alla patologia ordinaria. Basterà in proposito un accenno sommario, tanto più che le lesioni cerebrali degli adulti, appunto perchè sono assai limitate, risparmiano spesso le funzioni psichiche o le disturbano bensì, ma in modo così preciso o parziale, che forniscono argomento alla clinica generale quanto a quella delle malattie mentali. Eppure, alcune di queste lesioni, per esempio le aplessie con o senza afasia, intorbidano l'intelligenza e il carattere stessi più profondamente che non accade in certe psicosi pure, come sarebbero l'ossessione semplice per un'idea fissa od anche una lieve melancolia.

Le lesioni a focolaio del cervello sono emorragiche, traumatiche o propagate da processi locali delle meningi e del cranio, e intorcano le funzioni mentali più spesso che non si creda generalmente.

Emorragie capillari ed arteriose. — Le emorragie capillari sono facili a prodursi in ogni parte del cervello, sia per occlusione arteriosclerotica dei tronchi maggiori e situate a tergo, sia per compressioni, sia per ipertensione attiva o per infezioni. Il loro volume varia fra un grano di miglio e un pisello. Le emorragie delle arterie provengono da processi degenerativi ed infiammatori delle pareti o da dilatazioni aneurismatiche che predispongono alla rottura senza l'azione occasionale d'un aumento anche momentaneo di

parte della pressione sanguigna. Talvolta queste dilatazioni sono piccolissime e multiple: *emorragie aulare*. Prosciogliendo dai traumi, le regioni più lesate dalle emorragie arteriose sono i gangli della base, la capsula interna e le loro vicinanze; in seconda linea il ponte, i peduncoli cerebrali, il cervelletto e il centro ovale; solo di raro la volta del cervello, e ciò a motivo della minor pressione che anima i vasi arteriosi della corteccia (provenienti dalla pia madre) in confronto ai grossi rami collaterali che si distaccano direttamente dall'arteria della fossa di Silvio.

Le minute emorragie capillari non agiscono che come un corpo estraneo, comprimendo il tessuto circostante; ma le massicce emorragie più voluminose distruggono porzioni considerevoli di sostanza cerebrale, e la rottura d'una grossa arteria può emettere, per esempio, un corpo estraneo o tutti i gangli basali d'un lato o tutta la sostanza bianca del lobo occipitale. Le vicende del coagulo, la formazione della cisti apoplettica e della cicatrice, come pure le reazioni (istituzionalismo) delle parti compresse sono troppo note per essere qui ripetute.

I ramificamenti o *cerebrovascolari* sono determinati da occlusione di arterie che può avvenire per spasmi, per embolia o per inspessimento interno delle pareti vasali. In quest'ultimo caso i focolai, essendo dovuti ad arteriosclerosi più o meno diffusa, sono quasi sempre multipli, e perciò, anche se piccoli, hanno in psichiatria maggiore importanza dei ramollimenti embolici, che per lo più sono unici. I focolai più grossi possono occupare una circoscrizione, un ganglio, un lobo intero; e per quanto isolati, possono cadere in posizioni strategiche: superficiali intaccando la corteccia e le vie intercorticali e disturbandone gravemente le funzioni.

Nel cervello dei vecchi (oltre ai 60 anni) e soprattutto nei gangli della base si osservano spesso lacune multiple del tessuto nerroso (fig. 12, A), che variano di grandezza come da un grano di miglio ad un uovo; sono le così dette *lacune di disintegrazione cerebrale* (Mann, FARRAND). Queste cavità contengono sempre una piccola arteria perita, ma molto anormale per ordinari processi d'arteriosclerosi. Lo spazio tra le pareti della cavità ed il vaso è occupato da scarsa densità di tessuto nervoso ramollito e da elementi linfoidi. Negli stadi più avanzati la parete della cavità è costituita da un fitto tessuto di nevroglia. Lo strato più interno della parete lascia vedere, col metodo Weigert, i lami compatti di fibre che la compongono; e in mezzo ad essi non si scorgono nuclei; più all'esterno, dove le fibre si diradano, vi sono nuclei piccoli e scuri come i normali, ma più numerosi, nuclei chiari, granulosi e più grandi, nuclei più chiari, più grandi e dotati d'un nucleolo eccentrico (fig. 14), e qua o là astrociti giganteschi o *Monstersellen* (fig. 15).

Le *lacune di disintegrazione cerebrale* non debbono venir confuse col

così detto *état criblé* (fig. 13, B), che dipende da una retrazione di tessuto nervoso dovuta ai reagenti e che si osserva anche in cervelli normali. Tanto meno si confonderanno con la così detta *porosi cerebrale*, che consiste in cavità di varia grandezza, con contorni netti o senza alcuna alterazione sclerotica od infiammatoria delle pareti: queste cavità sono un effetto postmortale di gas che talvolta si producono nella sostanza cerebrale del cadavere (Mann).¹

L'*accusio cerebrale* varia fra gli stessi limiti di grandezza, non si riscontra che quando sia assai piccolo, più spesso cresce con grande len-



Fig. 13. — Taglio di *Fraxinus* in un cervello senile: A, lacuna in disintegrazione nei vasi centrali; B, cisto ventricolare (porencephalic). (Da J. BARRANT, *L'histologie du vieillissement*, F. Flammarion, Paris, 1923).

tezza comprimendo la sostanza circostante che degenera o si prolifera. Talvolta è multiplo e proviene da focolai purulenti lontani per metastasi, o da suppurazioni vicine per contiguità, per esempio in seguito ad otiti, a carie della tige o dell'orecchio, a traumi del cranio.

I tumori più comuni del cervello sono i *gliomi*, di solito non visibili che al taglio, interni, spesso enormi, formati di neraglia che si sviluppa progressivamente tra cellule e tra fibre nervose, ma che poi va incontro a svariate metamorfosi parziali con distruzione degli elementi specifici. Se ne conoscono molte varietà a seconda che in essi prevalgono le fibre o le cellule. Col nome di *neurogliomi* si intendono tumori in cui, oltre alla neraglia, proliferano a quanto si dice, anche cellule nervose. La ricerca

più recenti tendono per altro dubitare l'esistenza di simili tumori: è solo che le cellule nervose dell'adulto hanno in generale perduto per sempre la capacità proliferativa; d'altra parte il metodo di WEIGERT dimostra sovente che le giovani cellule nervose in proliferazione non sono altro che gigantesche cellule di neuroglia. Sono gliostereomi quei tumori costituiti di neuroglia nei quali, per la proliferazione di elementi delle pareti vasali, si son formate delle parti sarcomatose. I gliostomi sono anch'essi abbastanza comuni e prendono origine dalla pia madre o dalle guaine vasali. Per talvolta si formano nel cervello anche noduli carcinomatosi.



Fig. 16. — Impregnazione della neuroglia nel cervello d'una lesione di disintegrazione cerebrale; a, strato di Eber intonacato per la pia madre; b, nucleo di glioblasto granulosi e vasti; c, grandi nuclei di glioblasto citari e con nucleolo. Metodo storico di WEIGERT. (Da un preparato del glauco.)

Tra i glioblastomi si devono menzionare i *fibrocisti*, quasi sempre multipli o localizzati nodali più sotto meningi che nel cervello, dove si localizzano, sotto la pia madre, presso i vasi e lungo le scissure. Possono anche presentarsi isolati e raggiungere dimensioni considerevoli: *fibrocisti solitari*. Le giovani si formano durante il periodo terziario della sifilide nella corteccia cerebrale o nella pia madre, dando luogo qualche volta ad un focolo unico, qualche volta a parecchi noduli più o meno grandi. La lesione solitaria può piccole possono riassorbirsi, e così si contraggono ai processi regressivi d'indurimento o di calcificazione che trasformano le gomme più voluminose. Queste manifestazioni della sifilide terziaria avvengono a spese della sostanza cerebrale e provocano anche all'intorno processi d'atemia, di rammolimento, d'emorragia.

Al tumori ed ai granulomi sono da aggiungere i cisticerchi e gli echinococchi, che si comportano in modo analogo. I cisticerchi crescono qualche volta di numero per nuove immigrazioni; l'echinococco è unico, ma cresce di volume.

Le lesioni più o meno diffuse, che sono suscettibili d'osservazione macroscopica, nel cervello di adulti si riducono a pochi quadri in parte limitati ad un solo ordine d'elementi anatomici e che perciò si possono descrivere ed analizzare con maggior profitto dal punto di vista istologico. Questi quadri sono:



Fig. 11. — Goll cells (Goll cells) nel paraggio d'una lesione di distrofia cerebrale. Da un preparato originale.

la sclerosi o *pénurie*, che per lo più è disseminata nell'interno dell'asse cerebrale spinale;

la sclerosi *ependimale* o *ependimale*, che rende scabre le pareti dei ventricoli o, se è uniforme, le lascia lisce, ma cambiando il colore;

la sclerosi diffusa, che dipende come le forme precedenti da proliferazione della neuroglia, ma che non si riscontra negli adulti se non come un esito di processi distruttivi;

la atrofia *primaria* e le atrofie *secondarie* di fasci fibrili;

l'atrofia *generale* della corteccia cerebrale, apprezzabile ad occhio nudo, con appiattimento delle circonvoluzioni e dilatazione dei solchi.

L'encefalite *emorragica* successiva ad influenza, a polmonite, ad endocardite, a meningite e ad altre infettive, e che dà luogo a focolai più o

meno numerosi d'emorragia, in parte piccolissimi e riconoscibili soltanto al microscopio per accumuli parvicellulari intorno ai vasi, in parte puntiformi e rosso-scuri, di rado grossi e soggetti a suppurazione.

L'encefalite purulenta o suppurata che, se è d'origine metastatica, può anche manifestarsi con ascessi multipli e non più grossi d'un pisello o d'un grano di canape, altrimenti ricade nel gruppo delle malattie a focolaio. Gli ascessi minori svegliano intorno infiammazioni o edemi, i maggiori s'incapsulano e restano immutati anche per anni, ma con la minaccia permanente d'una perforazione improvvisa, per esempio nei ventricoli.

II.

LESIONI ELEMENTARI DELLA CORTECCIA CEREBRALE E DELLE SUE DIPENDENZE.

I quadri anatomico-patologici fin qui enumerati non sono che i compendi grossolani di lesioni più minute, le cui successioni costituiscono integralmente i singoli processi morbosì. Queste lesioni elementari in parte cambiano, in parte si ripetono con leggiere varianti che però determinano differenze sensibili nei reperti esterni. In realtà le differenze esterne derivano non solo dalla natura, ma anche dalla sede, dalla estensione e dalla durata dei processi elementari, e perciò non corrispondono sempre a differenze istologiche o citologiche di grande rilievo. D'altra parte lesioni microscopiche, e delle più caratteristiche, si scoprono anche in cervelli apparentemente normali e che perciò non si potrebbero assegnare a nessuno dei quadri precedenti, o si presentano sotto forme diverse in cervelli che microscopicamente sembrano simili.

Per tutte queste ragioni l'esame istologico e citologico porge criteri importanti e indispensabili per l'anatomia patologica delle malattie mentali. Esso non è soltanto un complemento, ma anche un mezzo di revisione, che, malgrado la data recente delle sue applicazioni, permette di considerare la psichiatria sotto un aspetto diverso o più esatto che non sia quello dell'anatomia microscopica.

Le lesioni più o meno notoriamente implicite nei reperti vascolari di diagnosi ad oculo nudo si possono dividere secondo gli elementi istologici, così secondo che riguardano: le cellule, le fibre nervose, la necrosi e l'ependima, i vasi e le leptomeningi.

A) **Lesioni delle cellule nervose.** — Nelle cellule nervose si riesce, sintetizzando i risultati di ricerche, specialmente sperimentali, compiute negli

ultimi anni, a distinguere con chiarezza i processi acuti dai subacuti e dai cronici, benché molte volte gli uni e gli altri si sommino e tendano, qua e là, a sovrapporsi. Sono possibili e quasi facili anche distinzioni ulteriori e più sottili che si riferiscono al genere dell'agente morboso.

L.^a **PROCESSI ACUTI.** — Nei processi acuti si riconoscono nettamente vari ordini di cause, i cui effetti sulla cellula nervosa sono in parte diversi, ma in più gran parte comuni. L'espressione più tipica dei processi acuti si trova nel quadro dell'*ipertermia*, dove la sostanza cromatica del corpo



Fig. 15. — Cellula piramidale superiore di cinghia. Ipertermia sperimentale. Cromatolisi diffusa. Metodo Nissl (da LUDWIG).

cellulare subire una disgregazione con diminuzione progressiva della sua quantità che può arrivare quasi fino all'assoluta scomparsa: cromatolisi diffusa (fig. 16). Al contrario la sostanza acromatica, ordinariamente invisibile, mette in mostra la propria struttura reticolo-fibrillare. Salvo queste alterazioni, la cellula e il nucleo conservano la struttura e i rapporti normali, ma è caratteristico che la cromatolisi avviene indistintamente e presso a poco con la stessa intensità in tutte le cellule, ciò che non si verifica mai completamente in nessun altro processo morboso, né acuto, né cronico. Finché il reparto si limita alla cromatolisi, si suppone che la sostanza cromatica possa essere rimorata e che la cellula nervosa si renda

ancora intesa, cessata la causa dell'alterazione, a riprendere le proprie funzioni; anzi è probabile che le funzioni specifiche siano soltanto assolute per la diminuzione della sostanza cromatica e temporaneamente sospese per la sua scomparsa, se ed in quanto essa perdura, ma che la disposizione delle zelle cromatiche influisca poco sull'attività della cellula.

Altre cause di processo acuti, da aggiungere all'iperemia, sono le tossine e i reattivi che agiscono sulla cellula violentamente; la suppurazione

locale ed improvvisa del circolo sanguigno; i traumi esterni e le escorrazioni che producono nelle regioni vicine le stesse conseguenze se appena la loro massa è considerevole.

Per azioni tossiche (d'origine esterna od interna) si hanno lesioni riparabili ed irrimediabili, secondo i casi. Appartengono al gruppo delle lesioni riparabili: il rigonfiamento del corpo cellulare; la cromatolisi più o meno completa; il rigonfiamento del nucleo, il suo impiccolimento con aumento della colorabilità; le modificazioni chimiche della parte acromatica, che si rende visibile appunto perché acquista una accessibilità nuova



Fig. 17. — Cellula piramidale gigante in un caso d'emoia consecutiva ad infanzia più tarda.

ai colori basici. Appartengono invece al gruppo delle lesioni irrimediabili il raggrinzimento e distacco del nucleo come pure la dissoluzione progressiva della parte acromatica in seguito a processi di vacuolizzazione o forse anche all'azione ipocritaria della nerurgia.

Per suppurazione improvvisa della circolazione locale si notano fenomeni analoghi, ma vi è maggior tumultuosità del processo e prevalgono le lesioni irrimediabili che conducono alla scomparsa delle cellule nervose. Quando è temporaneamente occlusa l'arteria addominale (esperimento di

STENOSI) si necrotizzano le cellule della sostanza grigia del midollo lombare, e si disgregano fino a scomparire nel breve termine di 48 ore.

I reperti di alterazioni acute sono frequenti nelle malattie mentali acute e specialmente in quelle psicosi febbrili od afettive che dipendono da infezioni e intossicazioni acute d'origine interna od anche esterna. La gravità delle lesioni varia molto da caso a caso, e non è a dir vero in ragione diretta dei sintomi presentati in vita. In molti casi d'innanzi si racconta la cromatolisi diffusa di moltissime cellule, soprattutto della corteccia, ma talvolta anche degli altri centri, persino del midollo e dei gangli spinali. Nella corteccia quest'alterazione si rileva con maggiore evidenza sulle cellule di Betz (fig. 17), che normalmente presentano più d'ogni altra cellula corticale il caratteristico aspetto tigrato proprio delle cellule più ricche di sostanza cromatica (fig. 18). Nello midollo e piccole piramidi la cromatolisi totale è spesso accompagnata da impiccolimento e colorabilità del nucleo; e questa può spingersi a tal segno, da mascherare interamente la presenza del nucleolo (fig. 19).

Per traumi si producono metamorfosi molto diverse a seconda che è colpito direttamente il corpo cellulare o che invece l'azione traumatica cade sopra l'assone. L'assone, appunto a motivo della sua lunghezza, può esservi esposto per conto proprio. Questa distinzione vale non soltanto per traumi, ma anche per le sostanze tossiche che eventualmente esercitano sul prolungamento nervoso un'azione effettiva.

Siccome il corpo cellulare è il centro trofico del neurone, ogni trauma o intossicazione che lo alteri irreparabilmente conduce ad un rapido pro-



Fig. 18. — Cellule di Betz in condizione normale della circonvoluzione frontale ascendente d'un adulto.

cesso di distruzione totale ossia alla scomparsa dell'elemento nervoso in tutte le sue parti. Se invece è colpito l'arcone (la sola parte del neurone che possa subire una ferita parziale) si hanno generalmente, in seguito alterazioni: irrimediabile del corpo cellulare; cromatolisi centrale; lateralizzazione del nucleo, che può fare strata; deformazione periferica dello stesso nucleo; accumulo di sostanza cromatica nell'angolo del nucleo alterato (fig. 20, 21 e 22). È tutto questo processo, di cui il valore non potrebbe essere più dimostrativo, è soggetto a doppio esito, perché finisce o nella morte o (più spesso) nella lenta rigenerazione dell'elemento nervoso.

Questo processo tipico, che si presenta nella grande maggioranza dei casi, subisce talvolta un'attenuazione. In certe cellule, invece della media-



Fig. 18. — Corteccia cerebrale: a, piccola piramidale; b, piccola piramidale, in corso di atonia. Cromatolisi diffusa, lateralizzazione della parte cromatica, condensazione intensa del nucleo (da CAMM).

lizzazione descritta, si osserva semplicemente un accumulo perinucleolare della sostanza cromatica, mentre la parte periferica della cellula diventa più pallida (fig. 23). Questo speciale tipo di reazione si può anche osservare temporaneamente come fase iniziale del processo comune (fig. 24) ed anche come fase del processo riparativo in cellule che hanno presentato la tipica reazione con eccentricità del nucleo (fig. 25 e 26). Secondo LIGANDO è probabile che il processo di cromatolisi periferica con addensamento perinucleolare della sostanza cromatica sia l'esponente d'una

reazione meno intensa che non il processo classico di cromatolisi centrale con lateralizzazione del nucleo.

Quest'ultimo processo ricopre certe condizioni normali della cellula nervosa embrionale. Perciò VAN RIJNVIJLT e VAN GEMERTEN hanno sostenuto di esso rappresenti un ringiovanimento della cellula in rapporto al lavoro rigenerativo delle fibre nervose. A sua volta LIGANDO ha fatto notare che ambedue i tipi di reazione patologica testè descritti trovano riscontro in forme normali di cellule appartenenti a vertebri inferiori: pesci, batraci, rettili.

Il tipo caratteristico di reazione cellulare per lesione del cilindrase si riscontra in malattie mentali acute da intossicazione. In certi casi di assepsia e in certi casi d'alcolismo le cellule di Betz presentano appunto cromatolisi centrale con nucleo lateralizzato e depresso nella faccia

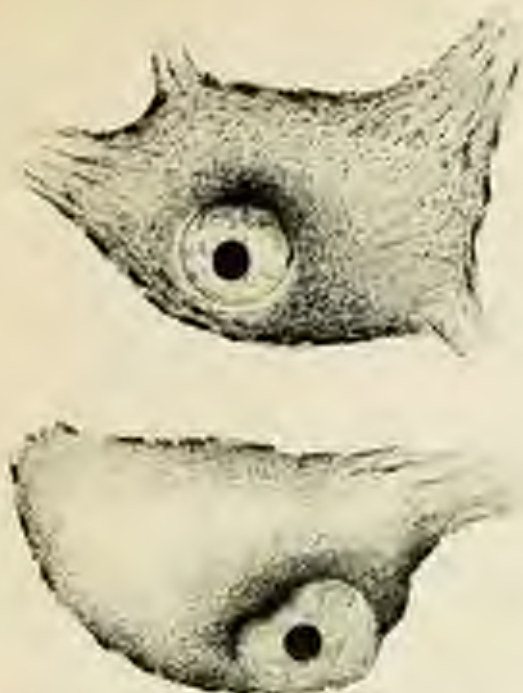


Fig. 20 e 21. — Cellule della corteccia anteriore del midollo lombare d'un cane, qualche giorno dopo il taglio della midolla: la fig. 20 in fase meno avanzata, con isotipici cromatoidi centrale, spuntamento del nucleo ed accumulo di molte cromatine sulla faccia centrale di esso; la fig. 21 in fase più avanzata con spiccati cromatoidi centrale, nucleo lateralizzato e deposito sulla sua faccia centrale, ove si accumula la portante cromatica.



Fig. 22. — Cellula di tipo grande e chiaro, presa dall'8° ganglio cervicale d'un cane, 47 giorni dopo il taglio del plesso brachiale: cromatoidi diffusi, nucleo eccentrico e uniforme, senza accumulo cromatico nell'ala del nucleo (da L. L. L. L.). Questo tipo di cellula è il più comune.

inferia, ora si accresceva un po' di sostanza cromatica, talvolta è quanto di luna (fig. 27). Non sempre, in questi casi, è evidente la lesione del



Fig. 21. — Cellula ventrale dell'8.^a ganglio dorsale in un coniglio, venti giorni dopo il taglio del plesso brachiale; notevolmente postmitotico della sostanza cromatica, cromatina periferica (Metodo di Nissl (da LEWANDY)).

fascio piramidale che prende origine dalle cellule di Betz; qualche volta il metodo di Marchi dà risultati del tutto negativi, ed è a credersi che

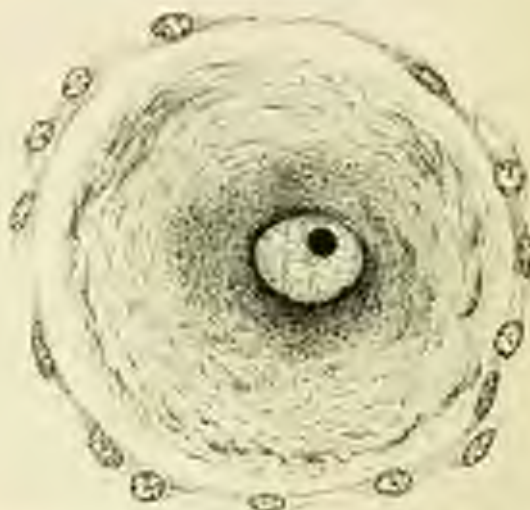


Fig. 22. — Cellula ventrale dell'8.^a ganglio dorsale in un coniglio, 7 giorni dopo il taglio del plesso brachiale. In fase più avanzata questa cellula presenterebbe, per graduale trasformazione, il tipo di reazione antisarica, come nella Fig. 23. (Metodo di Nissl (da LEWANDY)).

siano lesi soltanto le estremità terminazioni amieliniche di questo fascio (CAMIA). Anche le grandi piramidi o persino le medie possono parte-

cipare al processo. E all'interno del cervello vi partecipano spesso negli stessi casi le cellule delle colonne di Clarke. Quando vi è polinevrite, fatto non raro nei processi tossici acuti o subacuti, anche le cellule delle corna anteriori e dei gangli spinali presentano la tipica reazione.

2.^a **PROCESSI SUBACUTI.** — Le lesioni sono analoghe a quelle dei processi acuti. Ma poiché le cose si svolgono con maggior lentore, manca il turgore della cellula; la disgregazione della parte cromatica è per lo più parziale e frequentemente assume la forma di crenatolisi periferica (fig. 28). Alla crenatolisi periferica si associa qualche volta un addensamento della sostanza cromatica ancora superstita intorno al nucleo; in questo caso si ha un quadro analogo a quello sopra descritto e che si osserva talvolta transitoriamente per lesione del cilindrasso. La crenatolisi periferica con addensamento cromatico perinucleare da causa tossica ha, secondo LUGATZ, il valore di una reazione cellulare a scopo reintegrativo. I processi di crenatolisi diffusi e gravi con alterazioni della parte acromatica hanno invece un significato semplicemente degenerativo. Gli esiti dei processi subacuti sono di varia specie: riparazione, atrofia, fenot, morte della cellula nervosa.

Alterazioni subacute delle cellule si riscontrano in tutti i processi tossici a decorso subacuto, come quelli dell'alcolismo, della pellagra, dell'uremia (fig. 29) e in certi casi di paralisi progressiva. Allo nudo del processo subacuto possono naturalmente sovrapporsi, mascherandolo, le lesioni acute.

Tassi, *Psichiatria*. — 11.



Fig. 27. — Cellula vettiosa di ganglio spinale in un caso durante la fase di riparazione, 48 giorni dopo la lesione della fibra periferica corrispondente: nucleo ricristallizzato, addensamento perinucleare della sostanza cromatica, crenatolisi periferica (da LUGATZ).



Fig. 28. — Cellule piccole, nervi, dei gangli spinali (nervi) in fase di riparazione; nella cellula è il nucleo e ancora eccentrico; nella cellula è il nucleo e ancora eccentrico; nella cellula è il nucleo e ancora eccentrico; nella cellula è il nucleo e ancora eccentrico; nella cellula è il nucleo e ancora eccentrico. Metodo di Stoll (da LUGATZ).

Tassi, *Psichiatria*. — 11.

3.^a **PROCESSI CRONICI.** — Nei processi cronici la cellula nervosa, se non è del tutto scomparsa, è atrofica in ognuna delle sue parti costituenti: il contorno è irregolare e raggrinzato, il nucleo omogeneo, piccolo e intensamente colorato (fig. 29 e 31). L'atrofia può manifestarsi con una riduzione sproporzionata del volume senza importanti modificazioni della



Fig. 31. — Cellule piramidali giganti *cyromedullarescentes* in un caso d'ischemia cellulare alla base del midollo probabilmente per causa tossica (da CARR).

struttura (fig. 32). Nel citoplasma si osserva spesso un deposito di sostanza pigmentata gialla. Questi depositi si riscontrano anche in cervelli di ac-



Fig. 32. — Cellule dei giganti spinali in un caso con atrofia del midollo per avvelenamento subacuto da arsenico. Colorazione all'emaciacina-Etheloid. Nella parte periferica la presenza di una cromatina scura in evidenza la struttura nucleare.

mul, non solo per essi osservate e solo in certe cellule, specialmente nelle più grandi (fig. 28). Il carattere patologico di questi accumuli intra cellulari dipende dunque dalla loro quantità e dalla loro sede. Così la paralisi progressiva fa nascere depositi gialli in quasi tutte le cellule piccole, che d'ordinario non ne presentano affatto, e non risparmia le cellule grandi, che ne vanno provviste anche normalmente, tanto più fra i vecchi.

Qualunque sia il decorso del processo morboso, è probabile che la scom-

parso delle cellule avviene sempre con estrema rapidità. A questo risultato contribuiscono talvolta manovre speciali di fagocitismo da parte della névroglia (fig. 33); ma è forse più frequente che la dissoluzione si produca per azione della linfa circolante senza intervento di elementi inglobanti e fagocitari. Naturalmente, nei processi acuti e gravi le cellule morte e



Fig. 26. — Cellula piramidale gigante della corteccia frontale normale in un caso di senilità. In basso: una cella di pigmento.



Fig. 28. — Cellula di Betz della corteccia frontale senile in un caso di demenza senile. L'apice atrofico.

non ancora scomparse sono in numero maggiore; ma nei processi cronici fa impressione la loro scarsità. Così nella paralisi progressiva la sostanza grigia è esposta ad enormi avarie, lo spessore della corteccia è assottigliato in proporzione persino del 50 per cento, ciò che si vede benissimo anche ad occhio nudo, e questa distruzione d'elementi nervosi è confermata al microscopio. Eppure, le cellule che si possono sorprendere nel

momento della loro massima dissoluzione sono in numero assai piccolo. La rapida scomparsa dei cadaveri cellulari è dimostrata all'evidenza dall'esperimento. Nell'occlusione temporanea dell'aorta addominale (per la durata di un'ora o poco più) si ha la necrosi della sostanza grigia nel midollo spinale, ma dopo 48 ore anche gli stessi cadaveri dei colossi cellulari che appartengono alle corna anteriori non sono più reperibili.

B) Lesioni delle fibre nervose. — La fibra nervosa è soggetta ad alterazioni primarie o secondarie: primarie quando è colpita direttamente da un agente morboso, per lo più di natura tossica, che proviene o dal di fuori o dall'interno dell'organismo; secondarie quando cessa di sentire l'influenza trofica della cellula a cui fa capo anatomicamente, sia perchè la cellula non è più capace d'attività, sia perchè la fibra ne resta in qualche modo separata. I due processi possono anche associarsi: se la lesione primaria è localizzata e così grave da sopprimere la permeabilità funzionale nel tratto di fibra alterato, si avrà rottura di continuità con la cellula d'origine come se la fibra fosse tagliata, e degenererà secondariamente tutto il tratto della fibra che sta a valle della lesione primitiva.



Fig. 11. — Cellula di Rens della circonvoluzione frontale mediana in un caso di demenza senile. Alveoli atrofici. Diffusione della sostanza mielinica, tagglieramento e colorazione magenta del nucleo.

Le alterazioni primarie possono manifestarsi sotto forma acuta o subacuta all'improvviso sopraggiungere di sostanze tossiche in quantità molto grandi. In questi casi, oltre alla cellula, è più o meno compromessa

anche il cilindressa, e la fibra può reintegrarsi o perire. Ma il caso più comune è quello dei processi primari che si svolgono sotto forma cronica: la lenta azione di sostanze tossiche, che spiegano affinità elettive sopra determinati sistemi di fibre, dà luogo alle degenerazioni primarie sistematiche.

Le degenerazioni primarie sono caratterizzate più specialmente da un processo d'atrofia progressiva della guaina mielinica, mentre il cilindressa rimane per lungo tempo quasi integro. Così si spiega perchè la funzione sia piuttosto disturbata che abolita e perchè il reperto anatomico «sia in disaccordo con l'esiguità dei sintomi clinici. Lesione atrofica di questo genere, cioè con relativa integrità del cilindressa e con possibilità di rein-

degenerazione, si riscontrano nei nervi periferici e spesso anche nei fasci lunghi del midollo spinale per effetto d'immiscelazioni croniche o di ca-



Fig. 32. — Cellule di Nissl, gravemente atrofiche in un caso di sclerosi laterale amiotrofica (da FRANCESCHI).

lassia. Ed è caratteristico di simili processi che l'alterazione s'intina ed è nel ogni modo più grave nell'estremità terminale della fibra, e ch'essa



Fig. 33. — Due cellule nervose prese dalla stessa porzione della corteccia cerebrale in un paziente: nell'una sono larghe da pochi di (a) e (b), enormemente rigonfie e variolose. Nella cellula a il nucleo possiede nucleoli e si videranno per la presenza del nucleolo, e l'impulso ed intensamente colorato; nella cellula b non vi è nucleolo e del citoplasma non restano che detriti. Metodi di Nissl.

precede dalla terminazione alla cellula d'origine. Solo nella fase ulteriore il clinifrasse viene a subire un vero processo distruttivo, per cui la fibra nervosa perisce e scompare.

Esempi tipici di degenerazioni atrofiche con carattere più o meno sistematico si vedono, per riguardo ai nervi periferici, nelle così dette *poliurriti senili* e in quelle degli *alcoolisti*. Per riguardo ai fasci del midollo spinale, le degenerazioni ciliatrate (cordoni posteriori e fasci paravertebrali crociati) sono frequenti nella pellagra e nella paralisi progressiva. Secondo Torzani anche nel campo del cervello si verificherebbe la possibilità di un'atrofia primaria con carattere sistematico sopra un sistema assai più esteso, quello delle fibre tangenziali, e ciò costituirebbe la lesione iniziale e caratteristica della paralisi progressiva; ma è assai verosimile che tale degenerazione non sia esclusivamente primaria e dipenda invece, almeno in massima parte, da alterazioni precoci di cellule.

Le degenerazioni secondarie si svolgono in maniera più tumultuaria. Morita la cellula d'origine, la fibra nervosa subisce un'alterazione che si propaga rapidamente in senso centripeto; e l'involtatura avviene con eguale rapidità in seguito al taglio od a qualunque altra interruzione che separi la fibra dalla cellula. Le fibrille del cilindraseo si smarrano in granuli; la guaina mielinica si frammenta prima in segmenti ellissoidali, poi in goccioline sempre più piccole che diventano nere col metodo di Marchi. E tanto le goccioline di mielina come i detriti del cilindraseo vengono riassorbiti e in parte asportati meccanicamente: nei nervi periferici per l'azione delle cellule della guaina di Schwann e forse anche per l'intervento attivo dei leucociti; nei centri per azione della neuroglia.

Nei nervi periferici può avvenire un processo di rigenerazione, purché la degenerazione secondaria non dipenda dalla distruzione della cellula d'origine. Nei centri è estremamente dubio che quest'opera di riparazione possa, non che compiersi, nemmeno iniziare.

C) Lesioni della neuroglia. — Gli antichi metodi di colorazione, benché non segnalino la neuroglia che in maniera affatto sommaria, avevano già dimostrato che la sua ipertrofia colma i vuoti lasciati dalla distruzione degli altri elementi ed assume così il carattere d'un processo compensatore. Il recente metodo di Weigert, che con ogni probabilità colora definitivamente tutte le fibre di neuroglia, rivelando le località in cui il loro intreccio è più fitto o più rado, non solo ha pienamente confermato questa legge di compensazione, ma ha messo in chiaro alcune interessanti particolarità del suo meccanismo. La neuroglia va facilmente incontro a processi progressivi ed a processi regressivi che rammentano le vicende del suo sviluppo normale e che da poco tempo in qua si conoscono con maggior precisione sia dal punto di vista patologico, sia dal punto di vista ontogenetico.

Fra le cellule della neuroglia, alcune non possiedono che brevi protu-

gimenti protoplasmatici d'aspetto muscoso e risiedono di preferenza nello spessore degli strati corticali. Altre, col nome d'astrociti, assumono fibre colorabili col metodo di Weigert e creano così il materiale della sostanza intercellulare, che chiude, apre e traccia la strada alla formazione progressiva degli elementi nervosi. Queste fibre non appaiono che negli ultimi periodi dello sviluppo, quando le cellule di neuroglia hanno cessato di progredire e si sono fissate in una residenza stabile.

Nei processi di proliferazione patologica il corpo degli astrociti (di cui col metodo di Weigert non si vede che il nucleo) si emancipa dalle sue fibre e riacquista la primitiva capacità migratoria. Anche le cellule di neuroglia originariamente spoglie di fibre assumono l'aspetto e la funzione d'astrociti, concorrendo a questa specie di ripresa patologica della oligocite embrionaria. Parecchi fra gli elementi di entrambe le specie raggiungono anche individualmente proporzioni ipertrofiche e diventano cellule « astrocytes » *Moderation* di Weigert. Il nucleo delle cellule ingrossate, anch'esso ingrandito, subisce talvolta la sezione diretta. Così si formano nuove cellule di neuroglia, che a loro volta elaborano o secernono nuove fibre. Il reticolo di neuroglia si rende stipato, cristallino, avvertibile anche macroscopicamente, e fra le sue fibre più o meno arruffate non si vede neppure un nucleo di cellula nervosa (fig. 34).

Nella fase della capacità migratoria le cellule di neuroglia « vagano », a quanto pare, anche propriamente *figocitarie* che vagano scortate e danno delle cellule nervose. Forse i corpi liberi degli astrociti non divengono che i piccoli frammenti di cellule già defunte; forse assalgono cellule intatte, ma già gravemente indebolite, introducendosi nel loro interno e partorendo la disorganizzazione. In ogni modo l'iperplasia della neuroglia assume forme diffuse o localizzate a seconda che è generale o è focalizzata la lesione distruttiva degli elementi nervosi.

Nei processi cronici, oltre all'iperplasia per sostituzione di elementi specifici eventualmente perduti, si ha un risveglio spontaneo di glione nelle località dove anche normalmente la neuroglia è più abbondante: sotto la pia madre (fig. 34), dentro allo strato tangenziale della corteccia cerebrale, intorno ai vasi, e nell'ependima, dove possono formarsi finissimi tumoretti sotto forma di *ependyma granulosum*. Così si raccolgono spesso veri ammassi od isole di cellule neuroglieche in mezzo a territori di tessuto nervoso normale: *gliosi* *senza* *demenza* *senile*; *plaques* *di* *gliosi* *della* *sclerosi* *tuberosa*.

Di Lesioni dei vasi e delle meningi. — Nel cervello, se si tratta di processi acutissimi o comunque terminati con processi tossico-infettivi acuti, si scoprono all'ossatura frequentemente emorragie capillari. Lo

ostragge più vaste sono collegate ad alterazioni croniche e diffuse dei vasi e soprattutto a presenza di piccoli aneurismi milieri che hanno sede nelle piccole arterie. I vasi sanguigni vanno soggetti a processi di proliferazione cellulare come pure a processi regressivi che non di rado si associano. Un reperto singolare ed ancora discusso della patologia vasale è l'*infibrazione pericellulare* delle pareti, sotto il nome della quale si mescolano insieme fenomeni non sempre simili.

Nelle affezioni più gravi si ha neovascolarizzazione di capillari, non fuo-
 alla stato endostale. La moltiplica-



Fig. 34. — Glomi epiletici. Strato endostale della circolazione frontale accidentale in un caso di demenza epiletica. Lo strato di fibre, superiore ha una spessore più che doppio del normale ed è fibrillare. La normalità della fibre si vede attenuandosi agli strati sottostanti. Metodo elastico di Weizmann.

zione delle cellule nell'intima può alterare il lume dei vasi, talvolta a segno da occluderlo: *endarterite obliterante*. Ma spesso le cellule proliferate sono esposte a graduale regressione, ed allora lo strato dell'intima si assottiglia, i nuclei delle sue cellule sono meno coloriti, e il lume del vaso è dilatato. Tra i processi regressivi, i più comuni sono la *degenerazione grassa* e la *degenerazione colloidale*, che interessano le varie tuniche vascolari, specialmente l'intima e la media. Per deposito di sostanze solide è frequente, specialmente nei vecchi, la *calcificazione*, che interessa in particolare l'avventizia e che priva, dal più al meno, i vasi della loro elasticità. Queste alterazioni fanno capo all'*arteriosclerosi*, che è evidente anche macroscopicamente nelle grosse arterie della base e che

costituisce il reperto tipico della demenza senile sotto il nome d'*arteriosclerosi cerebrale*.

L'*arteriosclerosi* è la sede principale delle infiltrazioni cellulari, che spesso fanno passare in seconda linea o nascondono addirittura i suoi processi degenerativi. Gli spazi lufatici dell'avventizia possono restare inalterati, malgrado la proliferazione, o subire enormi dilatazioni. Nel primo caso lo strato esterno della parete è ispessito e contiene molte cellule che rassomigliano alle normali, ma che potrebbero anche essere di provenienza esogena perchè i loro nuclei non sono, per esempio, molto diversi da

quelli — piccoli, rotondi — della neuroglia (Nissl). Se poi gli spazi interstiziali dell'avventizia sono dilatati, essi possono rimpiazzare dei leucociti, specialmente linfociti con poco protoplasma e nucleo rotondo, istomalo; o linfociti si trovano anche nello spessore delle pareti. Finalmente, può avvenire che nella parete limitante degli spazi interstiziali ci siano, in mezzo alla esile dell'avventizia, altri elementi, che Azaringer ritiene di natura connettivale o simili a Mastzellen, mentre Nissl li interpreta come identici a quelli che si rinvenivano in altri organi sotto il nome di cellule paraneuriche di UNNA. In ogni modo questi elementi possono presentarsi



Fig. 35. — Edema istologico del cervello: gli spazi perivasculari e pericellulari non completamente chiusi (D. O. CAPPELL).

isolati, in piccole proporzioni ed anche in numero da riempire l'avventizia e deformarla.

La dilatazione sistematica e generale delle guaine linfatiche perivasculari è qualche volta associata a formazione di spazi considerevoli intorno alle cellule nervose. Si ha allora quel quadro che fu designato da Leopold Lévi col nome di *edema istologico del cervello* (fig. 35). L'edema istologico del cervello non dev'essere confuso con la formazione artificiale di spazi pericellulari, come avviene quando le cellule si raggrinzano per difetto di fissazione.

Cinque casi sono avvenute alterate le meningi, principalmente la *pia madre*. Essa è impregnata in tutti i processi cronici e diffusi della coriosite cerebrale. L'ipertrofia del connettivo intorno ai vasi, la sclerosi della corteccia e i processi infiammatori cronici facilitano alterazioni, così estese, con fo-

calzante, fra la corteccia e la pia. La pia è anche la sede iniziale e il veicolo di processi che turbano profondamente e clinicamente le funzioni psichiche, come le meningi-encefaliti.

La dura madre è molto esposta ai processi infiammatori che spesso determinano trasformazioni vasali ed emorragie. I vasi neofornatisi identificano facilmente perchè nella dura normale non ve ne sono che pochi,issimi e sottili. Le emorragie si versano dalla superficie esterna: *extrameningee*; dalla superficie interna: *intrameningee*; o rimangono nello spessore della membrana: *intrameningee*. Quando s'incapsulano, prendono il nome di *emistiomi*. Nella dura madre si sviluppano abbastanza frequentemente ossificazioni con adesioni al cranio, che fanno testimonianza di antichi processi infiammatori.

Lungo il seno longitudinale della dura madre si scorgono molto spesso i rilievi delle granulazioni *parafornicee*. Le granulazioni di *PACCHIONI* sono massi papillari d'origine connettiva, che partono dalla pia madre e s'infilano nella dura, bitorzoluta fino a perforarla, di là solcano il favolato interno del cranio, che può esserne addirittura attraversato. Esse sono così comuni, che costituiscono un reperto insignificante; ma il loro numero e la loro grossezza aumentano in seguito ai processi d'infiammazione cronici.

III.

ALTERAZIONI EXTRACORTICALI ED EXTRACEREBRALI.

Le varie parti dell'encefalo possono presentare le tracce di processi del tutto analoghi a quelli che furono descritti per la corteccia e per le sue dipendenze immediate: precoci e tardivi, a focolaio o diffusi, cronici ed acuti, con localizzazioni varie alle cellule nervose, alle fibre, alla neuroglia ed ai vasi. Queste lesioni sono un indice e un complemento delle alterazioni corticali; e talvolta, senza diffondersi alla corteccia, bastano indirettamente a disturbarne le funzioni, chiudendo le vie d'accesso agli stimoli sensoriali o le vie di scarto agli impulsi volontari.

Il cervello spesso è sede frequente di lesioni vascolari e lesioni cerebrali ed anche di lesioni infettive, ma che sono ragionate da fattori analoghi a quelli che agiscono sulla corteccia. Perciò vi si osservano: alterazioni cellulari ed alterazioni di fasci, spesso sistematiche, talvolta anche combinate, che per lo più si devono a cause tossiche; e cioè pure alterazioni della neuroglia e dei vasi.

I nervi periferici vanno parimenti soggetti ad alterazioni acute, subacute e croniche, di carattere atrofico e degenerativo, che qualche volta

solo un semplice corbo, altre volte entrano nel meccanismo della psicotia o di qualche suo sintomo, per es. delle parestesie.

Gli organi dei sensi soggiacciono a tutte le alterazioni possibili. L'atrofia del nervo ottico è spesso il sintomo collaterale d'un processo morboso che è anche causa di psicosi. Lesioni esterne dell'orecchio danno luogo ad acufeni o si traducono in allucinazioni complesse, agendo come cause occasionali di deliri o di confusione mentale. Polipi nasali possono provocare accessi convulsivi con tutte le possibili complicazioni psichiche.

Il cranio è tuttora oggetto di misurazioni e studi altrettanto minuziosi che sterili. Dal punto di vista anatomico-patologico, esso presenta atrofia ed ispessimento della diploe, escotosi, osteomi e fratture, che spesso costituiscono il movente della malattia corticale. Quanto alle irregolarità di forme ed alle varie eccentricità di sviluppo che si manifestano con rilievi, protuberanze ed avvallamenti, tutte queste anomalie non hanno importanza come causa di malattia o d'anomalia mentale che quando raggiungono proporzioni enormi, in modo che riescono avvertiti a prima vista anche sulla testa del vivo; molto più spesso esse non rappresentano nulla nel meccanismo genetico della malattia mentale, ma sono una manifestazione accessoria ed un effetto collaterale d'un processo generale in cui risiede la vera origine della psicotia.

La macrocefalia è un segno d'idrocefalo, specialmente se è accompagnata da brachicefalia (testa larga) e convexità frontale (fronte infantile). La microcefalia è il corollativo quasi invariabile d'un cervello mostruosamente piccolo. La cimbicefalia (depressione della regione bregmatica) richiama l'ossità di chiusura nella fontanella anteriore. La plagiocefalia (asimmetria fra le due metà laterali del cranio) è l'effetto d'un aumento parallelismo fra i processi di sinostosi che si compiono a destra ed a sinistra del piano mediano verticale. La depressione della radice nasale, frequente nel mixedema congenito e nel cretinismo, dipende da anticipata ossificazione della sinfisi occipito-sfenoidale. Anche l'ultra-brachicefalia come pure l'ultradolicocefalia sono indizi d'anomalie evolutive a base patologica. Invece non hanno che un valore etnologico la dolicocefalia e la brachicefalia, le cui formule numeriche esprimono uno dei caratteri più costanti e più infallibili della razza. È probabile che dall'infanzia in poi l'indice cefalico, cioè il rapporto centesimale del diametro biparietale al diametro antero-posteriore del cranio, si conservi inalterato durante tutto il periodo dell'accrescimento. Sebbene sia assai difficile verificare simile misura d'anno in anno sopra un gran numero di bambini o di adolescenti, senza mai perderli di vista fino all'età matura, tutto induce a credere che l'indice cefalico sia un carattere individuale della massima

importanti; ma non si comprende quali applicazioni si possano ricavare per la clinica dalla conoscenza di questo carattere antropologico.

Le particolarità di forma, che si possono così facilmente verificare nella testa degli alienati, furono dapprima interpretate come essere visibili di pretese anomalie intracraniche a cui venivano attribuiti i disordini e i perversimenti psichici. In realtà il cervello può svolgersi normalmente in qualunque scatola ossea, e l'intelligenza si adatta per mezzo d'associazioni intercellulari, qualunque sia la configurazione dei giri corticali, salvo i casi di deviazione estrema. Le scoti intellettuali, più che da questa este-



Fig. 36. — Cranio peruviano con deformazione artificiale (tipo Guastano) di tipo Quichua; nella razza Quichua che si sovrappone nel dominio a quella degli Aymara e che conosce allo sviluppo d'una civiltà notevole si applicava all'uso della fasciatura solo chi non poteva mantenersi per le sofferenze della compressione, e perciò la testa assumeva la forma d'una vesica irregolare lungo le fasce e rigata nelle parti libere (dal Museo Antropologico di Firenze diretto dal prof. Tullio Martellucci).

rità, dipende dal numero, dallo sviluppo dendritico e dall'attività funzionale dei neuroni.

La prova di questa relativa indipendenza si scorge al massimo grado nelle deformazioni artificiali del cranio. Fra gli antichi Peruviani vigeva l'abitudine di stringere il capo dei neonati tra fasciature compressive, in modo che rimaneva permanentemente deformato per tutta la vita. La popolazione era divisa in due razzie conviventi, e tutti i teschi raccolti in grande abbondanza dai tumuli portano l'impronta di questa costantinosa nazionale che fu praticata per una lunga serie di generazioni. I sistemi di deformazione erano due, spinti entrambi fino all'inverosimile (fig. 36 e 37). Eppure da queste teste mostruose nacque una civiltà di cui rimangono insigni monumenti e scartate memorie.

Se si esamina un cranio estremamente basso, non così deformato, come



Fig. 37. — Cranio primitivo con deformazione artificiale (per fasciature). Si veda, Armarh, nella figura 33, la forma delle linee tracciate di alto e basso (questa deformazione) reale, generale e si riconoscono di regola in tutti i crani del Museo Antropologico di Firenze.



Fig. 38. — Cranio di tipo primitivo, raccolto nella Terra del Fuoco, con segni semi frontali. È un cranio supratigliare, mesopitaneo e mostra dunque l'aspetto di quello primitivo, che si trova all'incirca di mezzo al Museo Antropologico di Firenze.

per esempio quella di un abitante della Terra del Fuoco (fig. 38), si dovrà convenire che esso differisce da un cranio europeo di tipo elevato (fig. 39)

assai meno che non se differenzino i due tipi peruviani con deformazione artificiale; e ciò realzando la povertà intellettuale di quelle rozze popolazioni notoriamente delite all'antropologia.

Le anomalie del cranio, non che cause, spesso non sono neppure l'effetto di speciali o per lo meno di note anomalie cerebrali, il cui significato psicologico esistirebbe in ogni modo una nuova incognita. Malgrado la subordinazione generica che vincola lo sviluppo del cranio a quello del cervello, questa corrispondenza non arriva mai fino al dettaglio. Perciò è vano cercare nel capo dei vivi o nel teschio dei morti la rivelazione esatta della pazzia e della degenerazione o, come pretendeva Gall, l'indice qualitativo e quantitativo dell'intelligenza o del carattere.



Fig. 18. — Cranio umano di tipo elevato (da confrontare con le fig. 26, 27, 28).

Con assai maggior fondamento il cranio fa soggetto alle investigazioni e misurazioni come sede preferita di anomalie ataviche o di arresti evolutivi in cui si volle riscontrare il marchio della degenerazione morale. Anche da questo punto di vista l'importanza delle così dette stigmi degenerativi non è molto grande per la dignità individuale. Dalle statistiche antropologiche raccolte specialmente per opere di Lombroso, Manno ed altri risulta che certe anomalie prevalgono fra i pazzi e i criminali in confronto ai normali, cioè agli intelligenti ed agli onesti; ma tale prevalenza è assai piccola sia per riguardo al numero dei casi positivi, sia per riguardo al numero ed alla gravità delle anomalie riscontrate nella media dei casi. Le anomalie più o meno ataviche sono abbastanza

frequenti anche nel cranio di persone psichicamente normali; e molte anomalie che possono come stigmi degenerativi non sono che l'espressione di lievi irregolarità o processi patologici, il cui significato non va preso oltre alla lettera. Perciò la presenza di stigmi anche insolitamente degenerativi non può costituire un criterio d'inferiorità psichica nei singoli individui se non a titolo d'una lentissima probabilità.

Tra i vasi, nei polmoni si osservano, oltre i reperti ordinari: polmoniti per alterazioni del vago, che talvolta formano l'epilogo della paralisi progressiva (fraseo: polmoniti da inspirazione no) dementi, negli idioti, negli epilettrici, nei maniatici che non tossono; occlusione delle vie aeree per ingresso di corpi estranei favorita in quest'ulti o dalla voracità dei sudati (epilettrici, paralitici, idioti). Nei catatonici, che non reagiscono agli stimoli esterni e che stanno abitualmente immobili, è frequente la tubercolosi.

Il cuore degenera negli stati di marasma, che costituiscono il quadro finale di varie psicosi croniche. Si ha *perforatio del ventricoli sinistro* per varie cause spesso strettamente connesse col la psicosi: negli epilettrici inveterati per eccesso di resistenza funzionali e transitorie nel circolo sanguigno; nei dementi per arteriosclerosi; nei paralitici per concomitanti lesioni renali.

Nei grossi vasi si notano ectasie, placche arteriosclerotiche, alterazioni sifilitiche, arteriosclerosi diffusa; nei piccoli vasi si trovano le medesime lesioni, talora di quelle del tutto identiche che si ripetono nel cervello o in organi molto solidali col cervello, come per esempio il rene.

Nella stomaco è assai comune la distinzione fra i dementi cronici e gli idioti a motivo della loro cronicità; il catarro gastrico negli alcoolisti; l'atrofia delle mucose nei casi di gastrite cronica così spesso associati a melancolia o ad ipomania. L'intestino presenta alterazioni catturali ed atrofiche assai frequenti nel marasma, cioè nella massima parte dei pazzi che muoiono al manicomio. L'enterite peltyrosi ha caratteri speciali che meritano la massima attenzione: forte atrofia, iperemia con alterazioni nel crasso e specialmente nel retto.

I reni sono sede frequentissima di alterazioni svariate, che a seconda dei casi sono la causa immediata o mediata della psicosi, o talvolta non ne sono che un fenomeno concomitante dovuto ad una causa tossica comune. Sono ben pochi i catartici di pazzi che non presentino alterazioni renali.

Il fegato e la milza portano non di rado le tracce di processi patologici che spiegano anche i dissordini psichici. E non volgarmente l'effone talismane dell'inerzia. La cirrosi epatica è spesso il complemento dell'alcoolismo cerebrale. Il timore di nulla può documentare un'infezione che

ta portata conseguente anche ed anche durante nelle intossicazioni intossicanti.

Negli *argemonei* si riscontrano anormali congeniti di conformazione (ipostrofia dipendenti da disomie generali come nelle varie forme di *infantilismo*: *mixomatoso*, *diartrici*, *corioplegici*). Si possono osservare anche segni di malattie acquisite, che ben di rado risultano senza influenza sull'origine o sul decorso d'una paresi: fu descritta una *potere-corrotta*. Talvolta si osservano ipostrofe e deformazioni provocate da abitudini *parapathologiche*, soprattutto per *osteo*.

Nei *canoni* si possono riscontrare, oltre all'atrofia per *diminuzione*, *atrofie* *incapaci* con localizzazione circoscritta o diffusa ed *atrofie* *anatomiche* di origine *neuropatica*, principalmente nel caso di *corioplegia* infantile e in quelli di *degenerazione* *postopertica*.

Nella pelle si osservano *atrofie* o *degenerazioni*. Nelle ossa vi è *osteoporazione* *congiunta*, *degenerazione scheletrica* in rapporto con paralisi di *grado* *muscolari* di lunga data, specialmente *con* nell'infanzia; *atrofie*, *atrofie*, la *fragilità* *aliquota*, determinata da rarefazione ossea e *impoverimento* *calcario*, che può giungere a segno da dar luogo a fratture per minimi traumi; *osteomalacia*.

CAPITOLO IV.

La sensibilità

FISIOLOGIA GENERALE DEI PROCESSI SENSORIALI E SENSITIVI

Gli organismi viventi hanno la proprietà di nutrirsi, di moltiplicarsi e di reagire. Reagire significa adattarsi, simultaneamente e durevolmente, alle novità talvolta effimere, talvolta permanenti che vengono ad alterare le condizioni in mezzo a cui viviamo. Ogni reazione non è dunque che un cambiamento necessario ed utile per la continuazione della vita. Nel protoplasma cellulare la proprietà di reagire si dice *irritabilità*. Negli organismi pluricellulari le reazioni si compiono attraverso al sistema nervoso, che segna i fenomeni dell'ambiente esterno, e a questo modo si rende capace anche di sfruttarli o di resistervi con movimenti adeguati: attrattivi verso gli stimoli favorevoli, repellenti di fronte agli stimoli nocivi.

I principi dell'organizzazione nervosa sono assai semplici. La massima parte delle variazioni esterne o non produce alcun effetto nell'animale o l'uccide senz'altro; vi è soltanto un ordine od un gruppo circoscritto di fenomeni che agiscono come stimoli o provocano una reazione speciale, sempre la stessa. Ad una funzione così elementare non è punto necessario un apparecchio complesso d'associazione in cui si svolgano processi coscienti. Basta che un certo numero di cellule o neuroni che chiameremo antropomorficamente sensitivi, ricetticoli di forza meccanica o chimica in stato di tensione, si sporga nel legamento esterno e vada ad applicarsi con le sue terminazioni sopra un gruppo di neuroni motori, e si avranno quegli invariabili ed incoscii movimenti di retrazione o di prensione, di fuga o di avvicinamento, di cui l'animale ha bisogno per salvarsi o per nutrirsi. Quanto più l'organismo animale si perfeziona, tanto più è esposto alla varietà delle influenze esterne, e perciò si trova

nella necessità di ricorrere a nuovi adattamenti, ossia a reazioni sempre più differenziate e numerose. L'organizzazione del sistema nervoso si perfeziona anch'essa e dà luogo ad una moltiplicazione di meccanismi speciali, accentrati in masse gangliari, che agiscono l'una senza sapere dell'altra ed ignorando le stesse: questo tipo di adattamento è raggiunto al massimo grado negli antropodi.

Ma a misura che la varietà delle reazioni aumenta ancora, bisogna che i meccanismi speciali cessino d'essere separati ed autonomi, e s'insorga la formazione di un altro meccanismo sovranante, generale e complesso. L'ufficio di questo meccanismo è di poter dominare le vicende esterne, che sono tutti problemi presentati alla sua operosità, non più con reazioni stereotipate, ma con risposte adeguate ai singoli casi, mettendosi in rapporto e quasi assistendosi arbitro fra i meccanismi speciali che fanno capo ai gangli e che determinano i movimenti riflessi.

Vi è un punto oltre al quale il differenziarsi di molti meccanismi speciali diventerebbe dannoso. L'economia di spazio rende impossibile una simile moltiplicazione che, per far fronte ai bisogni crescenti, non dovrebbe mai arrestarsi, e finirebbe col portare ingombro all'organismo, pregiudicando lo sviluppo e le funzioni di organi e tessuti diversi dal nervoso, ma ancora più necessari alla vita.

L'economia in tempo continua come incongrua ai bisogni non solo necessari e variati, ma spesso anche del tutto insoliti ed imprevisti, una serie di meccanismi specifici che, per rispondere ciascuno al proprio ufficio, dovessero formarsi apposta e raggiungere nella filogenesi una perfezione altrettanto faticosa che lenta, forse quando il bisogno provocatore è già altrimenti risoluto o quando ne è scomparso il sorgere.

Per non restare soppeditato dal numero o dalla volubilità degli stimoli, l'organismo deve dunque possedere ed acquistare un meccanismo accentrato, a cui confluiscano le impressioni degli agenti esterni e donde possano diffondersi reazioni opportune, ma non prestabilite, anche di fronte a combinazioni inusate di stimoli. E così si provvede ai casi nuovi, così s'improvvisano gli attacchi e le resistenze che escono dal programma dell'automatismo biologico, così si padroneggia l'imprevisto, in luogo d'una sequela interminabile d'adattamenti speciali e consuetudinari, un'adattabilità generica e fruibile a tutti gli usi; con adattamenti d'occasione; in luogo d'un corredo di rapporti chiusi fra dati realtà esterne e date reazioni nervose, un congegno di rapporti infiniti fra un numero sterminato e sempre accrescibile di stimoli esterni e un sistema sempre più complicabile di reazioni nervose che sono il frutto d'una discriminazione cosciente e l'oggetto d'una determinazione volontaria corroborata dalla previsione delle conseguenze.

Il perfezionamento funzionale del sistema nervoso, in quanto unifica gli istantaneamente reattivi in un organo assai complesso e capace di emanciparsi dalla tirannia delle reazioni obbligate, conduce necessariamente all'intelligenza, e vi arriva passando appunto per la sensibilità. Questa organizzazione superiore del sistema nervoso, che si afferma massimamente nell'uomo, non esclude l'utilità delle reazioni riflesse. Ecco quindi la ragione della coesistenza in un sistema nervoso elevato dei centri inferiori per le reazioni riflesse e di centri superiori per le distinzioni e determinazioni costienti: l'automatismo che vegeta e prospera accanto all'intelligenza.

Affinchè il sistema nervoso possa rispondere volta per volta in modo differente, è necessario che siano sentiti in modo differente i fenomeni esterni da cui sono determinate le sue reazioni; che ogni fenomeno si raccomandi possibilmente per qualche contrassegno e sfugga al pericolo d'andar confuso con gli altri, ossia di passare inavvertito; che insomma le differenze esterne e talvolta assai minute, su cui è fondata l'individualità dei vari fenomeni, si traducano in differenze sostanzie. Perciò occorre che i fenomeni siano decomposti nei loro singoli elementi e che il sistema nervoso, assoggettandoli ad un processo analitico, riesca ad isolare l'elemento o gli elementi differenziali, senza di che non potrebbe mai sorgere alla capacità di distinguere le incessanti modificazioni che presenta il mondo esterno, sia nei suoi momenti successivi, sia tra le varie sue parti in uno stesso momento.

L'azione fisiologica delle energie esterne è favorita dalle strutture che il sistema nervoso assume negli organi dei sensi e — dunque — la superficie del corpo è esposta al contatto delle vicissitudini esterne. Ciascuna di tali strutture, diversissime fra loro, è straordinariamente appropriata a ricevere un dato ordine d'energia, circoscritto con rigore, reagendo variamente alle minime differenze che si avverino in quella categoria ristretta di fenomeni, ma rimanendo muta ed inerte a tutti gli altri: per la luce i bastoncelli e i coni della retina — squisitamente sensibili all'influenza chimica dei vari colori e distribuiti in una superficie estesa come una lastra fotografica; per il suono le cellule ciliate di Corti — pronte a vibrare all'unisono con le varie note e forse graduate nelle dimensioni come strumenti musicali; nei contatti un gran numero di terminazioni più semplici, di fibre e non di cellule — appena sufficienti ad avvertire differenze quantitative di compressione.

I processi fisiologici d'analisi, che si compiono negli apparecchi periferici del sistema nervoso, devono conservare la propria individualità, prolungandosi per via separate, fino all'apparecchio centrale, che è capace, raccogliendo le differenze tra i fenomeni dei vari organi, di distinguere,

di compararle e di modellare la propria attività motoria od inhibitoria secondo il complesso delle notizie che riceve continuamente da tutte le parti e sotto svariatissime forme.

Perciò, dove le fibre sono più addensate e interocchiate la trasmissione distinta delle notizie è assicurata, negli organismi più evoluti, da una sostanza isolante, la mielina, che inguaina il cilindraseo conduttore come i giri della seta intorno al filo elettrico. E fra gli elementi nervosi comparisce, nei vertebrati, un nuovo tessuto complementare, la neuroglia, tracciando la strada alle fibre nervose che fin dai primi albori della vita si devono sviluppare in direzioni risolte e con una meta precisa; avviluppando le cellule nervose quasi per proteggerle da maltrattamenti e soprattutto da dispersioni d'attività; ramificandosi intorno ad esse con una delicatezza che traspare dalla singolarità delle sue disposizioni e dalla piccolezza insolita dei suoi corpuscoli.

Così nasce e così si perfeziona, in un organo proprio, l'intelligenza, avendo per condizione indispensabile la sensibilità e per obiettivo pratico lo scopo volontario. Ma accresciuti quest'obiettivi pratici, sia effettivamente ed ultimamente raggiunti, cioè nell'interesse dell'individuo e della specie, è necessario che si verifichi una corrispondenza automatica tra i fantasmi interni e le realtà esterne, fra ciò che avviene in noi e ciò che sta fuori di noi. Se la corrispondenza tra il mondo sensitivo e il mondo intuitivo mancasse completamente, tutta la lunga serie di visioni e di azioni che costituisce, dalla nascita alla morte, il ciclo d'una vita percorsa, si ridurrebbe ad un sogno privo d'analogia col resto dell'universo; l'uomo stesso, pellegrino senza meta, attraverserebbe la realtà come addormentato, portandosi dietro inutilmente un fardello di pure illusioni. Se poi la corrispondenza ci fosse, ma senza i caratteri della fedeltà e della costanza, i processi psichici costituirebbero una guida così fallace, un'arma così malcostata nelle battaglie per la vita, da riuscire un vero ricambio, un argomento di debolezza, una funzione mostruosa, in cui apparenza nella filogenesi e nell'ontogenesi non avrebbe, biologicamente, alcuna ragione di essere e condurrebbe anzi ad una fatale incertezza alla vita. La grande utilità della corrispondenza fra i fenomeni esterni e gli interni ha permesso alle funzioni sensoriali di differenziarsi sempre più, ed alle funzioni intellettuali di complicarsi, elaborando il materiale fornito dai sensi. Una lieve aberrazione da questa legge di corrispondenza, anche fra i confini modesti della semplice sensibilità, basta invece non di rado a produrre quel grave fenomeno biologico, che è la pazzia.

Le immagini concrete degli oggetti e dei fenomeni esterni risultano da una folla di percezioni elementari o dalla coscienza dei loro reciproci rapporti. Si chiama sensazione il processo sostanzialmente incoordinato

lele con cui il sistema nervoso avverte uno stimolo semplicissimo d'una categoria determinata; si chiama *percezione* il processo per cui le sensazioni concomitanti sono integrate fra di loro e col ricordo di altre sensazioni simili o dissimili, cui esse riflette un certo grado d'attenzione e permette d'inquadrare le immagini degli avvenimenti e degli oggetti nel tempo e nello spazio, di *obiettivarle* nettamente nel mondo esterno, di utilizzarle come strumento di conoscenza.

La sensazione non ha che una esistenza teorica, perché non si presenta mai isolata. Data la molteplicità dell'ambiente esterno, la molteplicità dei nostri apparecchi di senso e l'irresistibilità delle associazioni che si formano immediatamente fra le varie sensazioni simultanee o successive della stessa categoria od anche d'ordini diversi, praticamente anche le unità elementari dei sensi sono percezioni, e noi non possiamo raffigurarci le sensazioni che sono forma di percezioni, riacquedando i ricordi alla massima semplicità possibile o pensando astrattamente una senza riuscire a raffigurarsela come frazioni del fenomeno percettivo.

Fra le varie immagini sensoriali e percettive si fanno distinzioni di qualità, di quantità, di coesistenza e di successione. Le distinzioni per qualità e quantità riguardano più specialmente le sensazioni semplici; le distinzioni per coesistenza o per successione si applicano largamente anche alle percezioni. Nei vari ordini di sensi hanno una parte preponderante singole specie di associazioni: le immagini visive e tattili sono coordinate nei loro elementi e con le immagini circostanti per rapporti di coesistenza; le immagini uditive, gustative ed olfattive si dispongono nei loro elementi e in rapporto con le altre immagini per ordini di successione. Così si disegnano e si fissano le linee di raccordo di cui ci serviamo per formarci la nozione pratica del tempo e dello spazio. Questa nozione empirica è indispensabile per orientarci in mezzo alle svariate impressioni dei nostri sensi, e si può paragonare ad un'impalcatura su cui disponiamo ed appoggiamo le nostre percezioni come pure i loro ricordi.

Senza la nozione empirica di tempo e spazio le immagini sensoriali e rappresentative cadrebbero nel vuoto o non sarebbe possibile di valersene come materiale di conoscenza: le percezioni sarebbero ridotte all'ufficio di stimuli semplici e grossolani, come la fame o il dolore, e la vita psichica non oltrepasserebbe la sua forma rudimentale che è appunto la sensibilità.

PATOLOGIA DELLA SENSIBILITÀ.

Fra i disordini della sensibilità « quelli dell'intelligenza vi sono rapporti di dipendenza nelle due direzioni; ma spesso si osservano rapporti

di semplice concomitanza perchè una causa comune, per esempio una malattia diffusa dell'encefalo, del nervoso o dell'intero organismo, colpisce in pari tempo le due categorie di funzioni. Non è infrequente il caso di alterazioni mentali con integrità di tutti i processi sensitivi, come tra i melancolici, i paranoici, gli insensibili. E si danno esempi di lesioni anche gravi della sensibilità senz'alcun disturbo dell'intelligenza. La cecità e la sordità, se sono acquisite ed anche se sono congenite, perchè compensate mercè l'educazione degli altri sensi, non influiscono sulle funzioni intellettuali. Le paresi dei labirintici, il ronzio agli orecchi degli atonici o degli otitici, l'analgesia dei trigeminali non provengono dall'intelligenza e, di regola, non la disturbano. L'autismo, l'agenesia possono essere dovute a cause periferiche, come la cornea, e del tutto insignificanti per la psichiatria.

Tranne le eccezioni che si verificano caso per caso, non c'è forma della sensibilità, dalla cinestesi alla vista ed all'udito, che non meriti da parte dell'allienista il più vivo interesse.

Cinestesi. — L'essenziale complessivo ed inesauribile delle funzioni sensitive, oltre alla somma delle notizie particolari che ci procura sul mondo esterno e sul nostro corpo, è sorgente perenne d'una coscienza generale e confusa, ma spesso assai attiva, che ci formiamo di momento in momento sulla qualità funzionale dell'organismo in tutte le sue parti, anche in quelle che, volutamente ed allo stato d'integrità, non fanno mai sentire la propria voce. Una cinestesi perfetta ci dà un senso di benessere lieve, ma così profondo che sfida l'imperveranza delleventure esterne e permette il sopravvivenza sui dolori morali affrettandone la scomparsa. Una cinestesi alterata, anche se dipende da disturbi singolarmente poco avvertibili della sensibilità, produce uno scoraggiamento a cui non si sottraggono talvolta gli individui normali e in buona salute. Certe oscillazioni moderate della cinestesi sono anzi un fatto volgare e quotidiano della vita biologica: il classico benessere corporeo del mattino, un bagno caldo, l'improvvisa scomparsa dell'umidità atmosferica, il movimento d'un treno ferroviario, lo stato di perfetto equilibrio, da parte delle funzioni sessuali modificano la nostra cinestesi e il nostro stato d'animo, accrescendo o diminuendo l'energia delle azioni. Dopo una malattia, la convalescenza dà momenti di benessere che rendono deliziosi gli atti per solito indifferenti, come la nutrizione, il respiro, il cammino.

Nei malati di mente spesso è alterato il rapporto tra la cinestesi e lo stato reale dell'organismo, sia perchè il medesimo processo morioso fa ricco in pari tempo i centri psichici e le sorgenti viscerali della sensibilità, sia perchè un'irritazione locale dei centri somatosensitivi risveglia sensa-

zioni vaghe, ma vuoti di malessere o di letargia che sembrano provenire dai vuoti e sono erroneamente riferite ad essi).

La *paralisi progressiva* non risparmia mai i centri somestetici: « l'evoluzione graduata dei paralitici è uno degli indici più sicuri per la diagnosi. I pochi paralitici che non presentano disturbi vanno difficilmente sentiti dallo stato opposto: un malessere tormentoso, continuo, indescrivibile li rende talvolta irritabili, accasciati, tristi per settimane e mesi interi senza un minuto di sosta, fino alla disperazione. Altre volte la distesia generale si manifesta in modo più tenue e più indiretto, suggerendo deliri ipocondriaci ».

Sono spesso euforici anche i *manici*, e talvolta i *deliranti* senili per cause analoghe a quelle dei paralitici. Parimenti, nell'evoluzione senile si hanno momenti o fasi di *depressione irrazionale*, che dipende da alterazioni somestetiche d'origine centrale, o che rende più grave ed ostinata la *melancolia* dei vecchi. Nei *neurastenici* un'iperestesia abituale della cenestesi determina uno stato di *depressione irrazionale* che è forse il sintomo più caratteristico di questa infermità. Negli *ossessi* in stato di confusione acuta la cenestesi è variabile, ma di tanto in tanto è notevole uno sgomento che è dettato dal senso di deficienza generale e più specialmente di deficienza mentale: i malati si accorgono di non percepire rettamente le cose o di percepirle a stento e, malgrado la difficoltà che provano ad esternare ed a concepire chiaramente le proprie idee, dipingono con frasi espressive l'incertezza e quasi lo stato di paralisi momentanea in cui restano di trovarsi, sebbene non lo possano capire pienamente. Gli *ossessi* della forma *affettiva* sono invece quasi sempre affetti da *analgesia* generale di tutto il corpo.

Un'espressione importante della cenestesi è quella forma di sensibilità che si riferisce in genere al sistema muscolare ed a buona parte di esso. Il senso della *force* manca completamente nei *manici*, che perciò moltiplicano la loro spesso inutile attività, vagano, gorgogliano, si fanno al chiuso durante la notte, e non si accorgono di disperdere pazientemente le loro forze e la loro salute. Un'esagerazione della *sensibilità cinetico*, specialmente muscolare, è invece il *lascio quotidiano* dei *neurastenici*, che perciò sarebbero tratti a risparmiarsi, *bruciantosi* nel riposo: ma la continua scontentezza di sé stessi rende questi uomini così pessimisti e timidi di fronte all'avvenire, che essi si rappresentano in modo esagerato i danni finanziari o morali dell'inattività, e finiscono per *condannarsi* volontariamente ad un *semplice* capace soltanto di aggravare il loro malessere.

Nel disordine della cenestesi che caratterizza gli stati di *ossessione muscolare* spuntano altre irregolarità del *primo muscolare*. Gli *ossessi*, i *pa-*

mutati, gli ideosismi si sentono leggeri e qualche volta si abbandonano ad illusioni assidue, come quella di volare, d'essere trasformati in aereo o in gas, di non esistere che spiritualmente.

Ugualmente verificano lacune nel senso della personalità somatica: *desmè* precoci, *parastici* credono che manchino loro le gambe, la testa, il cuore, lo stomaco. O si hanno alterazioni strane e sistematiche della cinestesi: l'intestino è otturato, il torace è fragile come il vetro, il corpo è imputritito, la lingua è discesa nel ventricolo, la sutura è sana o gigantesca, la braccia sono smisurate, l'appetito pare od è insaziabile, la potenza sessuale pare od è straordinaria, la forza muscolare sembra o non è mai triplicata.

Le metamorfosi della cinestesi, succedendosi con una certa regola, accompagnano e forse determinano quelle alternative d'anore e di condotta che costituiscono la *psoria* oscillore. Un brusco e completo cambiamento nel modo di sentire sé stessi può rompere il sereno della propria continuità e farne materia e delirio di unitaria personalità o di sdoppiamento in due personalità alternanti. Talvolta il mutamento è così generale e profondo, che anche la memoria segue in parte le sorti della cinestesi. In certi casi finiosi d'isterismo si notano uno stato primo ed uno stato secondo della cinestesi, del carattere, della condotta, che si avvicendano regolarmente nel corso della vita con nitidezza perfetta di manifestazioni: i ricordi degli *stati primi* rimangono sequestrati durante l'impercezione degli *stati secondi*, « viceversa; insomma tutto le forme dell'attività psichica ruotavano d'indietro, come se due anime si fossero disputate il dominio d'un unico corpo.

Sensibilità tattile, termosensibilità, sensibilità dolorosa. — L'alcoosismo è causa frequente di nevriti che si manifestano con anestesie od iperestesie abbastanza estese, per esempio, della mano, dell'avambraccio, della faccia, per lo più sotto forma multipla, ma senza simmetria. Siffatti disturbi confermano l'origine alcolica dei disordini mentali.

Fra i degenerati è frequente una certa insensibilità al tatto ed al dolore che si vuol misurare col mezzo della corrente indotta (*ergometrie elettrica*). Occorre una corrente più intensa dell'ordinario perché gli ideosismi di questa specie riescano ad avvertire la presenza; e ci vuole una corrente più intensa ancora perché ne risentano dolore o cessino di sopportarne il contatto. Ciò non dipende da aumento di resistenza, ma da diminuzione di sensibilità, ossia da una inferiorità funzionale. La stessa inferiorità si riscontra momentaneamente nelle popolazioni primitive e nelle classi lavoratrici delle società civili. Essa si spiega in parte con le condizioni della pelle, esposta agli attriti ed alle lesioni d'un lavoro rude

e continuo, in parte con la mancanza d'esercizio, che giunge la squilibratezza della sensibilità tattile.

Secondo Lombroso le donne, malgrado la delicatezza originaria ed requisa della loro cute, sentono il dolore fisico meno del sesso maschile. Di qui un miraggio d'inferiorità antropologica che gli anti-femministi infliggono alle donne anche nel campo delle manifestazioni intellettuali. Agli occhi di costoro la generalità scientifica ed artistica di cui economicamente ha potuto dar prova qualche donna, l'originalità, l'inventiva, sono requisiti maschili: se si smarriscono per accidente in un cervello femminile, è in seguito ad un'alterazione dello sviluppo, analoga a quella che produce la ginecizzazione nei maschi. All'infuori di questi casi eccezionali, la donna sarebbe meno intelligente e meno sensibile dell'uomo.

Le anestesie e le iperestesie costituiscono una delle più caratteristiche tra le così dette stigme dell'isterismo e fanno luogo alle zone isteriche. Si tratta di punti ed isole insensibili o dolorabili, di solito non più d'una, e che si localizzano al braccio, alla regione mammaria, all'inguine, ed anche in altre parti, ma poco estese, del ventre, del torace, degli arti o della faccia. Ne presentano spesso, insieme a *parestesia*, anche i *retroscosti* costituzionali. Le iperestesie del dolore vanno distinte dalle *topoalgie*, che sono punti non dolorabili, ma dolenti.

Questo *vero* isterismo hanno sempre un'origine centrale. Esse si manifestano come la proiezione centrifuga d'una rappresentazione più o meno cosciente, ossia d'una paura che dalle anomalie d'osservazione proprie dell'isterismo trae la capacità di astorizzarsi, ossia di contrarre un'associazione insolita e viziosa che non è possibile nei normali, nemmeno per uno sforzo di volontà. Qualche volta le anestesie e le iperestesie circoscritte non sono che il prodotto d'una suggestione involontaria da parte di malici zelanti e malaccorti.

Nei *maniaci* e negli *ossessi* è meno notevole l'insensibilità al freddo, per cui questi malati si scoprono in pieno inverno, passeggiano in canotta, tengono le finestre aperte sfidando le intemperie. Ma la causa d'una simile anestesia è puramente emotiva; nell'agitazione d'una psicosi acuta si trascurano le eccitazioni esterne, come il dolore delle percosse e delle ferite nell'infanzia d'una rissa o d'una battaglia. I maniaci sono sempre in fiamme, gli ossessi navigano per lidi fantastici e non prestano attenzione alle vicende atmosferiche, nemmeno quando sono costretti all'immobilità nella cella d'un manicomio. Non per questo sono al riparo dalle conseguenze obiettive del freddo, che anzi sono rese più gravi dall'imprudenza dei malati.

Nei *melancolici* la concentrazione ostinata sopra un'idea delirante o sopra un proposito sinistro paralizza la sensibilità dolorosa e viscerale,

infiltrando come maniere raccapriccianti di stridito, la mutilazione della nevralgia, lo strappo dei capelli. Nei *dementi*, nei *paranoici*, negli *obsessi* manca qualche volta la *bossa*, perché anche quest'umile forma di *senso-kinik* è deficiente. Forse è per un motivo analogo che molti fra questi stessi malati non padroneggiano bene i propri bisogni corporali.

Senso genetico. — Talvolta acclabito nei *dementi senili*, nei *paranoici*, negli *obsessi*, nei *neuroticoidi*, negli *epilettici*, il senso genetico è assai più spesso assopito e quasi mancante; ma in queste categorie di alienati, sia in tutti gli altri. Tutti i *dementi secondari*, i *dementi precoci* allo stadio terminale, la maggioranza degli *alici*, degli *oliverelli*, dei *paranoici*, delle *istriche*, dei *neuroticoidi*, degli *obsessivi* sono piuttosto rasti o addirittura astineti.

Nei manicomii gli atti contrari al buon costume sono rari, o la sorveglianza da questo lato è delle più facili. L'erotismo si manifesta ingenuamente con profferre parole o con l'ormeggio in malati molto agitati o molto calmi o molto dementi: *nomadi* gravissimi, *decenti*, *dementi* precoci ai primi stadi, *galattici* prossimi all'accesso. Negli *epilettici* i trasporti erotici possono rappresentare un equivalente della crisi convulsiva, e in tal caso assumono qualche volta forme mostruose e *drinidrici*; la coerenza è assente ed elusiva.

Le *sile isteriche* e i malati in stato d'ipossia fanno eccezione tra i pazzi, sentinacciando con la sinistra, con le parole o con gli atti un erotismo talvolta latente e frenato per paura, talvolta un po' oscurato per confusione, ma quasi sempre entro i limiti dell'esotica, se non dell'efetica.

Gusto ed olfatto. — Il gusto e l'olfatto sono qualche volta alterati nei *galattici*; essi « ne lamentano come d'un danno irreparabile, che a loro avviso rivela il principio dello sfinimento organico. Fra gli *obsessi* e i *dementi* si trovano i perversi del gusto e dell'olfatto, mangiatori di terra, raccoglitori di sterco, edettici capaci di mangiare con voracità qualunque cosa o di sopportare qualunque puzza. Tra le *isteriche* anzi è infrequente l'iperossia; e vi può essere intolleranza sistematizzata per dati odori o per dati sapori, in modo da formare un'idiosincrasia che talvolta ha origine in una auto-suggestione. Fra i *paranoici* si hanno invece fatti simili, ma in forma passeggera e per lesioni circoscritte dei centri corticali. Le irritazioni focali della corteccia cerebrale riescono sensazioni olfattive e gustative a cui non corrisponde alcun oggetto esterno e che raggiungono un'irridenta allucinazione accompagnata da un'intensità dolorosa. Ho visto *paranoici* in preda ad una serie di stamenti quasi simultanei per

odori disgustanti ed immaginari, che probabilmente dipendevano da irritazione del trigemino.

Udito e vista. — Prendendo dalle allucinazioni configurate, l'udito e la vista possono presentare nei pazzi una serie d'irregolarità che non sono prive d'importanza. Nei *serenissimi* o nei *paranoici* si ha talvolta *gerusalem*: frutto del Gossowier invagava con versi desolati un po' di silenzio, tanto soffriva d'ogni più debole rumore. Le *stereie* vanno soggette ad iperacusie ed a sordità passeggera: non s'è del resto alcuna sindrome nevropatica che sia estranea all'isterismo. Gli *scussi*, sotto forma di ronzio, fischi, scoppi, sono frequenti negli *ossessivi*, nei *neurotossici*, nei *simulacatori*, ma non hanno valore psicopatologico finché si mantengono nei limiti di un'allucinazione elementare e d'un disturbo periferico.

Nel campo della vista è da notare l'*ipostenesi retinica* di alcuni *degenerati*, *ideali*, *criminosi* che sopportano la luce intensa e sono capaci di fissare il sole. Le *discrepanziane* o le *fatigue* si presentano specialmente negli *afasici*. L'*emiplegia*, oltreché per lesioni a focalità, può comparire transitoriamente per turbiamenti funzionali ed unilaterali della corteccia visiva. Nelle *stereie* si arriva addirittura all'*omocopia*; ma è più frequente un lieve restringimento del campo visivo.

La cecità congenita, che del resto è abbastanza rara, non influisce allo sviluppo dell'intelligenza quanto la sordità congenita che condiziona il *sordomuto*. Il sordomuto, se non è compensato da una lunga e preziosa educazione, restringe l'orizzonte psichico e spesso costituisce un terreno propizio alla pazzia; non di rado i sordomuti sono anche più o meno imbecilli.

Allucinazioni ed illusioni. — Le irregolarità che furono descritte ora ora vanno considerate come errori di proporzione o lacune della sensibilità: esse rendono imperfetta la corrispondenza della nostra mente con l'ambiente esterno. Ma vi sono altre irregolarità che tendono addirittura a falsarlo, e per la psichiatria hanno naturalmente un'importanza assai più grande. Nel primo caso le notizie che ci arrivano dal di fuori sono semplicemente incomplete ed esagerate, o il danno che ne soffre l'intelligenza è limitato alla quantità ed alla natura dei suoi acquisti. Nel secondo caso, invece, si ricevono informazioni erratee per quantità, si cade nell'*allucinazione* o nell'*illusione*; e l'intelligenza ne rimane, peggio che scemata, travolta, perché si altera quella spiccata consapevolezza della realtà esterna che è necessaria per orientarsi con rapidità e sicurezza in tutte le peripezie, sia nelle vicende quotidiane della vita.

S'intende per *allucinazione* la comparsa d'immagini interne che, per la loro singolare eccellenza, vengono exteriorizzate come se provenissero dal fuori e sono scartate per realtà obiettiva. S'intende per *illusione* il processo involontario per cui alla realtà si aggiungono attributi fantastici con la persuasione od almeno col dubbio che siano reali. Illusioni nascenti anche per paura o per effetto dell'alienazione neppure si possono produrre anche in persone normali, ma vengono subito rettificata. Allucinazioni d'ogni specie, mescolate a poche idee incoerenti, formano la matassa dei sogni, ma restano senza influenza e sono presto dimenticate nella veglia. Nelle malattie mentali, invece, le allucinazioni e le illusioni hanno sempre il valore d'un sintomo pressante.

Tra le allucinazioni bisogna distinguere le *elementari* e le *configurate*. Le allucinazioni elementari non sono un fenomeno psicopatico, ma la reazione normale ad uno stimolo irregolare che si esercita sopra il nervo: fatigue, eczemi, pruriti, apparenza di sapori o di odori che dipende da irritazioni locali. In simili casi, cioè quando il nervo è irritato da agenti morbosì, la reazione allucinatoria è un fenomeno naturale: non la sua presenza, ma la sua mancanza potrebbe costituire un'anomalia. Le allucinazioni configurate sono invece una costruzione cerebrale che richiede il consenso, sia pure involontario e magari anche incoerente, dell'intelligenza; esse sarebbero impossibili senza questa specie di tradimento da parte dell'attività mentale.

E principalmente nel dominio dei sensi superiori, la vista e l'udito, che si presentano le allucinazioni configurate, ossia le vere allucinazioni i sensi più bassi danno piuttosto almeno alle illusioni, perchè nei fantasmi subietti (e essi sono in grado di generare non l'apparenza di sensazioni reali) è difficile distinguere la possibile azione d'una causa irritante « eccessiva. Gli eccitamenti del tatto, dell'olfatto, del gusto sfuggono spesso alla verifica, appunto, perchè sono sempre più oscuri, più discutibili e più individuali di quelli che vengono recati dalla vista e dall'udito. Al contrario le sensazioni reali della vista e dell'udito derivano da eccitamenti sulla cui esistenza è natura sarebbe assurdo qualunque dubbio: gli eccitamenti sensorii sono spesso associabili ad eccitamenti visivi: i visivi, se necessari, si possono confermare per mezzo di sensazioni tattili; gli uni e gli altri sono sempre suscettibili di essere percepiti nell'identica forma da chiunque si trovi alla loro portata; e l'allucinato o l'illuso che vedesse od udisse ciò che non vediamo o non udiamo sarebbe subito qualificato per ciò che è.

Le allucinazioni elementari sono frequenti negli stadi iniziali o in certe recrudescenze periodiche di non poche psicopatie e, con l'aggravarsi del disordine mentale, possono assumere un aspetto configurato, complicato e

preciso, che esalta il loro carattere e le schiera tra i fenomeni decisamente psicotipici. Le fisionomie degli alcoolisti diventano immagini d'infetti, di gnomi, di guerrieri lillipuziani o d'altre cose minute, multiple e sensorienti che caratterizzano le visioni del *delirium tremens*. L'abbagliamento dell'aure epitetica può convertirsi in un'allucinazione complessa e sistematica, rappresentandosi al principio di ogni accesso sotto forma d'immagini sanguinose, di bandiere rosse, di teschi e di bandiere. Il ronzio, che è così frequente nella *melancholia* e nella *neurosis*, può voltarsi nel corso stesso d'una voce umana o in figure verbali che mutano il significato morboso dell'allucinazione.

Le allucinazioni *forviate* sono di vari gradi: senza significato, verbali o grafiche, ma incoerenti; minacciose o lusinghiere con un significato preciso e complesso; associate ad allucinazioni congenite d'altri sensi. Visioni indifferenti di cose e persone irrecognoscibili si hanno nei primordi della *paranoia*, nella *demenza giovanile*, nell'*amnesia*: in malati sembra d'udire un susseguirsi di parole sconnesse, di vedere ombre, luci, macchie che si disegnano sulle pareti o sul soffitto. Nei *paranoici* e nei *dementi precoci* non è rara l'allucinazione d'essere chiamati per nome o di udire una parola qualunque che viene ad acquistare un valore misterioso ed importante. L'allucinazione complica il processo allucinatorio dà luogo a risse costanti, a *flurry parlanti*, a *dialoghi* continuati, in cui l'allucinato crede di ascoltare e di rispondere, alla periosa ripetizione del pensiero.

Tra le allucinazioni che si riferiscono al linguaggio, fanno una posizione a parte le *allucinazioni psico-sensorie verbali* (SEGAL, TAMMAREL). Sono allucinazioni del senso muscolare, di cui rappresentano un caso particolare: i malati non sentono il suono della propria voce, ma credono di parlare, perché negli organi motori della faccetta percepiamo la sensazione dei movimenti fonetici. Si manifestano allucinazioni di movimento anche nei muscoli degli arti: si può credere di muovere un braccio, di camminare, di volare ed avere subito l'impressione. Questo fenomeno è molto raro, e pare che si presenti nei deliri cronici, all'inizio dei quali non fu mai osservato.

Certe forme di sensibilità sono costantemente risparmiate dalle allucinazioni in certe psicosi o colpite di preferenza in certe altre: e ciò serve di criterio differenziale per la diagnosi. Le allucinazioni visive sono frequenti nell'alcolismo, erissiose e forse impossibili nella *paranoia* progressiva. Le *névrosi* soffrono difficilmente di allucinazioni, ma piuttosto nel dominio della vista che in quello dell'udito. La presenza di allucinazioni in genere, specialmente visive, è rara tra i *paranoici*, non frequente nei deliri *paranoici dei dementi precoci*. Nella *paranoia* vera o man-

cane le allucinazioni o, se ve ne sono, riguardano piuttosto l'udito. Nell'ascolto le allucinazioni costituiscono un sintomo caratteristico e rassomigliano, del più al meno, a quelle dell'alcolismo: a seconda dei momenti, sono terribili, moderate, indifferenti o persino umoristiche, e i malati si vedono agire in conseguenza, correndo all'impazzata, irriducendosi, smarrendosi in atto di contemplazione tranquilla o ridendo superficialmente. È assai incerto se persone normali possano andar soggette ad allucinazioni, e se debbano interpretarsi come allucinazioni le fusioni d'origine erotica a cui esse vanno incontro in occasioni del tutto straordinarie e le rappresentazioni vivaci e precise che sono in grado di evocare con uno sforzo di volontà, ma apprezzandone perfettamente la provenienza fantastica.

Mecanismo dell'allucinazione. — Secondo TAXIDOURY la patogenesi delle allucinazioni consiste in uno stato irritativo dei centri psico-sensori, analogo a quello che nei centri psicomotori produce l'epilessia. La convulsione dei centri sensoriali risveglia le immagini che vi stanno depositate allo stato incosciente, in forme semplici o complesse, secondo l'estensione dello stimolo, o in modo tanto più somigliante alla realtà quanto più lo stimolo è intenso. Insomma, qualunque sia l'origine dell'azione morbosa, la sede del fenomeno allucinatorio è sempre la stessa, cioè quella parte della corteccia cerebrale che percepisce le sensazioni attuali e su, donde esse sia eccitata, riprodurle più o meno vivacemente sotto forma immaginaria.

Ciò avviene per tre vie: o per un ricontatto anormale che colpisce l'appareccchio periferico di sensibilità o sale lungo il nervo centripeto; o per un'idea delirante che influisce sul centro sensoriale; o per un'irritazione locale che agisce su di esso direttamente.

Questa teoria trasporta con facile sintesi i dati della fisiologia, quali erano fino a ieri, nel campo della patologia. Oggi che nuovi dati, per quanto controversi, vengono a riaprire la questione fisiologica, non è importante di verificare se una nuova ipotesi non possa chiarire più ampiamente i fatti e correggere alcuni difetti che la teoria precedente non poteva evitare. È appunto ciò che io credo: mentre coi dati classici non si poteva immaginare una genesi dell'allucinazione diversa da quella che formulò TAXIDOURY, le induzioni fisiologiche sull'esistenza di centri rappresentativi distinti da quelli delle sensazioni e che abbiamo esposto nel primo capitolo formano una buona base ad una teoria più armonica e più completa.

Di fronte all'ipotesi che scaturisce dai dati strettamente sperimentali rimangono insolite le seguenti questioni:

1.^a Noi possiamo comprendere benissimo che un'irritazione periferica produca allucinazioni elementari come fotopsie, artemi, parestesie; ma come si spiega per questa via l'emergenza di allucinazioni configurate e significative, di forme, di persone, di parole, di discorsi?

2.^a Come si può concepire che stimoli diretti sui centri visivi producano immagini visive, mentre il centro visivo d'un emisfero non è capace di dare che una *metà immagine*? È evidente che per ottenere questo effetto, cioè per *depersonalizzare* l'immagine completa di un oggetto non presente, sarebbero necessari due stimoli simultanei che siessero l'intesa di cadere sulle due aree complementari dei centri visivi, e che fossero tanto intelligenti da disegnarsi sopra l'immagine dell'oggetto, metà nell'emisfero destro e l'altra metà nell'emisfero sinistro, come avviene nella visione normale e come dovrebbe avvenire anche nella rappresentazione mnemonica d'immagini visive, se la rappresentazione e la sensazione coincidessero nei medesimi centri corticali. Si comprende che ciò accada di fronte ad un oggetto presente ed anche quando si tratta di rievocare le sue tracce mnemoniche, ma non per l'incontro fortuito d'un doppio stimolo patologico ed incongruo sui centri visivi.

3.^a Se un'idea delirante riesce a dedurre nei centri sensoriali un'allucinazione corrispondente, perché non un'idea normale, che può certo raggiungere un'intensità non inferiore, dovrebbe essere incapace di dare origine ad un'allucinazione, volontaria ed involontaria?

La patogenesi dell'allucinazione si rende così più chiara ed accettabile, ammettendo che le immagini delle cose, come abbiamo indicato nel primo capitolo, siano percepite in un luogo e pensate in un altro. Che cosa sono le allucinazioni? Se prescindiamo dalle fotopsie, dagli artemi e dalle parestesie, che si spiegano con l'irritazione locale dei nervi periferici e sulla cui genesi non si è discusso di sorta, le allucinazioni possono parificarsi alle rappresentazioni solo perché si producono senza l'intervento d'alcun stimolo periferico; ma per l'aspetto che assumono nella coscienza, esse si accostano assai più alle sensazioni. Questa rassomiglianza è così sorprendente da indurci in errore e da farci credere veri i fenomeni di cui il processo allucinatorio non ci offre che una finzione. Eppure le allucinazioni sono qualche cosa di assai veramente diverso non solo dalle rappresentazioni, ma anche dalle sensazioni.

I più famosi calcolatori, giocatori di scacchi e ritrattisti, che emergono per la vivacità delle loro rappresentazioni visive o se ne valgono per eseguire calcoli, partite e ritratti a memoria, come pure i musicisti che sanno rappresentare l'istrumentazione di un'intera orchestra, non sono minimamente allucinati: essi non hanno bisogno di fare alcuno sforzo per accorgersi dell'enorme differenza che passa fra le immagini contemplate

mentalmente e le immagini reali, nè avviene mai che cadano in equivoco. Invece gli allucinati, anche quando l'immagine allucinatoria sia *simbolo*, perdono la nozione della sua provenienza interna, ed acquistano la convinzione o per lo meno il dubbio ch'essa abbia un riscontro nell'ambiente esterno. Ciò si osserva specialmente nei sogni, quando fantasmi scoloriti e senza forma sono scambiati per cose e persone reali. Insomma, l'allucinazione è sempre un fatto straordinario; e se il suo antizionismo di fronte alla sensazione risulta dal meccanismo d'origine, non è meno potente il contrasto che la separa dalla rappresentazione per ciò che riguarda l'aspetto soggettivo. Dire che sensazione e rappresentazione si formano nel medesimo centro è lo stesso che precludere all'allucinazione la possibilità di contrapporsi non alla rappresentazione, salvo che in ragione dell'intensità. Ora, se la differenza fra sensazione e rappresentazione si riducesse ad una questione di misura, ci sarebbero termini di transizione fra i due fenomeni, e il loro antagonismo non riuscirebbe così deciso. Vi dovrebbero essere casi intermedii, di dubbio allucinatorio, in cui l'intensità dell'immagine ha già sorpassato quella delle rappresentazioni ordinarie, ma non ha ancora raggiunto quella delle allucinazioni perfette; e l'incertezza d'apprezzamento tra il reale e il fantastico dovrebbe ricorere frequentemente, anche nelle persone bene equilibrate, davanti ad ogni rappresentazione vivace e un po' più ricca delle altre.

Da alcuni anni a questa parte si tende ad ammettere che la sensazione normale non lasci di sé alcuna traccia nei due centri sensoriali, ma che, prolungando il suo cammino per vie scorticate o contorcute, possa insinuarsi e registrarsi come simbolo in un centro transcorticale di rappresentazione. Di lì potrà esser rievocata come idea o come frammento d'una idea; ma non avverrà mai che riviva come sensazione se non si ripeta un'altra volta lo stimolo esterno. Ripetiamo ciò che abbiamo detto al primo capitolo: « I centri sensoriali della vista sono uno specchio, quelli dell'udito un risonatore, quelli della sensibilità cutanea uno strumento di segnalazione; e nulla più. Le rappresentazioni mnemoniche della realtà esterna e del nostro corpo si formano in altri centri (unilaterali?) allo stato di simboli, o sono *simboli diretti*. Dal centro di rappresentazione i simboli diretti possono salire a centri superiori per formarsi concetti più generali e più astratti: *simboli di simboli* ».

Quanto ai centri sensoriali, da soli, essi non sono in grado di dare alcuna immagine completa. Possono soltanto rifletterne, anzi lo riflettono infallibilmente o col concorso della realtà esterna o col concorso dell'immaginazione. Ma in condizioni normali riescono a riflettere soltanto la realtà che si affaccia di fuori; per riflettere anche l'immagine mentale

della realtà che si ravvicina dentro di noi, debbono trovarsi in condizioni patologiche o per lo meno incute, come quello del sonno.

Basta immaginare che, sotto l'impeto di tali condizioni, le vie sensila-

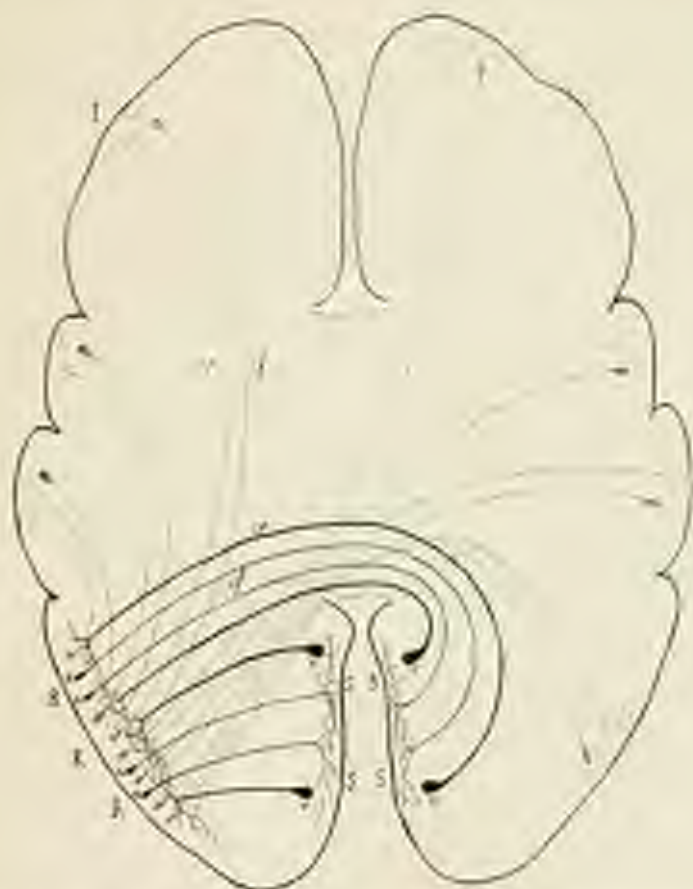


Fig. 40. — Schema dei rapporti tra i centri sensoriali (tratti) e i centri rappresentativi.

S.S. centri sensoriali; K.E., centro rappresentativo cinestetico; per la visione: I, cuneo superiore d'illusione; A.A., centri sensoriali e rappresentativi che trasmettono le immagini attive della vista al centro visuo-corticale di rappresentazione; R.R., centri sensoriali che dal centro di rappresentazione portano direttamente ai centri sensoriali; centri corporei ed ideali (illuminazione); S.S., centro rappresentativo sensoriale; A.A., centro rappresentativo affettivo; R.R., centro rappresentativo riflesso. — I centri rappresentativi con linee solide indicano le operazioni reciproche tra il centro rappresentativo della vista ed altri centri rappresentativi ideali.

terali e controlaterali, che mettono dal centro di sensazione al centro di rappresentazione, acquistano la proprietà di lasciarsi percorrere in senso inverso e ciò non avviene mai in condizioni fisiologiche, per dare

una spiegazione soddisfacente a tutte le specie d'allucinazione. Noi possiamo pensare che l'allucinazione nasca come un'idea od un simbolo, od un frammento più o meno crescente d'idea nella regione associativa; ma in luogo d'associarsi ad altre idee o di proiettarsi all'esterno come movimento, essa rifluisce, o lungo le stesse fibre collaterali e scollaterali di dor'era venuta o in altro modo da ricorcersi, in centri di sensibilità da cui era immessa quando era sensazione (fig. 46). Così essa ridiventa ciò che era: una sensazione; ma una sensazione di nuova provenienza per l'insolita origine.

Questa forma d'espansione retrograda, che inverte il rapporto abituale tra i centri sensoriali e il centro rappresentativo, è dunque il *neuronegriacchoso* che determina l'individualità dell'allucinazione, sia come fenomeno psicologico, sia come sintomo clinico. I centri sensoriali sono importanti rispetto all'ambiente esterno, importanti rispetto all'ambiente interno del primario transcorticale. Se, per un'inversione patologica dei rapporti abituali, importanti dell'interno, è anzitutto che reagiscono nell'unica maniera che sanno, cioè mediante immagini sensoriali. Ed ecco perché il processo, qualunque sia, che risveglia la loro attività, assume costantemente la figura della sensazione.

Che il cammino di ritorno si compia per lo stesso via dell'andata è cosa che veramente urta un poco contro la legge della polarizzazione dinamica. È noto che, secondo questa legge, l'onda nervosa è obbligata a procedere in una sola direzione, la direzione cellulifuga. Le fibre collaterali e scollaterali che portano le immagini varie ai centri di rappresentazione nascono da cellule dei centri sensoriali, o le loro arborescenze terminali si espandono nei centri rappresentativi: come potrebbero condurre la corrente funzionale in senso discendente? Un'inversione di corrente in queste fibre è poco verosimile: non è peraltro impossibile. Noi sappiamo, per esempio, che le fibre dei nervi periferici, quantunque di regola non costituiscono che in un senso, possono lasciarsi attraversare in senso opposto quando sono sottoposte a certe condizioni sperimentali. Nel *stolyteraxa floridus* tutto l'organo elettrico è innervato da una sola fibra gigante: è vero che le varie diramazioni di questa fibra fanno fisiologicamente una confusione obbligata, centrifuga. Or bene, se si distacca una delle diramazioni dell'organo elettrico, mantenendola in contatto col nervo, e si stimola in un punto qualunque, si ottiene una scarica completa dell'organo elettrico. In questo caso la diramazione isolata si è comportata precisamente come un nervo di senso, ed ha invertito la propria confusibilità, trasmettendo l'eccitamento non all'organo centrico da cui è ormai separata, ma al tronco principale del nervo che lo riceve e lo ridivisa al suo destino. È certamente un risultato di fibre

entorno, dunque (forse) un fenomeno d'eccezione; ma perché una causa patologica non potrebbe determinare a sua volta un effetto altrettanto eccezionale, anzi del tutto simile nel dominio delle fibre centrali?

Del resto non c'è bisogno d'ammettere che, per retrocedere ai centri di sensibilità, il processo funzionale debba ritournare sui propri passi lungo le vie centripete. Nei centri sensoriali, oltre ai fasci unilaterali e contralaterali che salgono in direzione transcorticale, vi sono fibre in arrivo che sembrano dai centri superiori ed esercitano una funzione *centrifuga*. Quale sia questa funzione che nessun aprionismo fisiologico o psicologico avrebbe osato attribuire ad un sistema speciale di fibre, ma la cui esistenza è ratificata senz'ombra di dubbio dall'anatomia, non è facile indovinare. Falcioni considera le fibre in parola come *moderatrici delle sensazioni*; RAMON Y CAJAL attribuisce loro un'azione sensoria o dismogenica in rapporto col processo dell'attenzione. A mio avviso le due opinioni di Falcioni e di CAJAL si conciliano e si completano, se vengono poste entrambe sotto lo stesso punto di vista, quello dell'attenzione. Il processo dell'attenzione richiede appunto il concorso di influenze agevolatrici e d'influenze inibitrici in un tempo. Ed un ribaltato dell'onda nervosa può concepirsi per tramite di queste fibre centrifughe senz'essere forzati ad immaginare ch'esse deroghino troppo dalle proprie funzioni abituali. Un'irritazione straordinaria, che metta le fibre retrograde in condizioni patologiche o le renda largamente accessibili a stimoli più deboli degli usuali, è dunque in grado d'aprire al fenomeno allucinatorio una strada già tracciata e naturalmente declive verso i centri sensoriali.

Una piccola minoranza di fibre discendenti si ritrova, con la costanza d'una legge, in tutti i fasci di proiezione *monosinaptica*. Ve ne sono, tra la corteccia visiva e il corpo genicolato esterno; tra il corpo genicolato esterno e la retina; tra i centri olfattivi della corteccia e il lobo olfattivo; sulle vie secondarie e terziarie dell'acustico. Non vi è quindi da meravigliarsi che ne esistano anche al disopra dei centri sensoriali.

Supporre che la rappresentazione più o meno cosciente di un'immagine possa, in circostanze eccezionali, retrocedere ai centri sensoriali per vie centrifughe, la cui esistenza non è punto ipotetica, è una buona maniera di risolvere il problema dell'allucinazione senza violare la legge della polarizzazione dinamica. Così il meccanismo del fenomeno allucinatorio non richiede più, per rendersi spiegabile, che una condizione sola: la separazione di sede tra il processo sensoriale e il processo rappresentativo.

Se poi consideriamo le fibre centrifughe delle proiezioni centripete come dotate d'un potere regolatore sull'attenzione, e se immaginiamo che questo potere si spieghi normalmente in due modi diversi, cioè agevolando la

«sensazioni utili e inibendo le inutili, noi capiamo meglio non solo il meccanismo positivo dell'allucinazione, ma anche il suo meccanismo negativo. L'immagine allucinatoria non si localizza nel visto, ma si sostituisce ad un'immagine reale che ne resta coperto e neutralizzata; e questo doppio carattere dell'allucinazione è assai manifestato nel caso particolare della vista. L'esercizio della visione, salvo la ora di sonno, dovrebbe essere continua nel tempo e senza lacune nello spazio. Ma durante la crisi allucinatoria vi è un momento in cui la realtà non si scorge o si scorge solo in parte, come se vi fosse uno scotoma transitorio dei centri corticali. Per poter localizzare all'esterno l'immagine allucinatoria, bisogna o non vedere o non osservare ciò che realmente si trova al posto occupato da essa, tra le fibre centrifughe che arrivano ai centri visivi ed anche agli altri centri di sensibilità delle regioni transcorticali, potremmo benissimo dividerli fra loro questo doppio ufficio: di produrre il fantasma allucinatorio riportando dal campo rappresentativo gli stimoli corrispondenti; e d'inibire, nei gruppi cellulari occupati dall'allucinazione, la vista della realtà.

Un minor costante si verifica la stessa inibizione delle immagini reali anche nelle allucinazioni che si riferiscono alle altre forme di sensibilità, per esempio all'udito.

Comunque avvenga il rimbalzo patologico della rappresentazione alle vie accettate sensoriali, o rimandando il corso delle vie efferenti contro la legge della polarizzazione dinamica, o cadendo per vie efferenti e senza offenderla, l'importante è l'anziutto che l'allucinazione consista appunto in questo rimbalzo. Inteso così, il processo fisiopatologico dell'allucinazione acquista una distinzione del tutto particolare, e degna della sua ineguale singolarità. Non è più, come troppo si giustifica, l'estrema intensificazione possibile di un'immagine rappresentativa; ma diventa la *degradazione morbosa* d'una rappresentazione che fa una sensazione o che, decomponendosi sotto circostanze abnormali, torna a divenire una sensazione. Psicologicamente; un fenomeno involutivo. Psicologicamente; un fenomeno insolito d'associazione regressiva.

Applicazioni della teoria. — Il valore di questa ipotesi si può giudicare anche dal numero dei fatti clinici di essa è capace di spiegare. Se con allargarsi, questo numero è abbastanza rilevante.

Allucinazioni da stimoli irritanti che agiscono direttamente sul cervello.

— Anzitutto l'ipotesi in questione è conciliabile con la patogenesi più accreditata e più frequentemente applicata dei fenomeni allucinatori, cioè con quella che li fa dipendere da irritazioni locali. Nei casi di delirio febbrile,

d'umenza, d'alcolismo e, in genere, d'intossicazione, cioè ogni volta che si manifestano allucinazioni stravaganti, tumultuarie, senz'alcuna logica, è impossibile attribuire questa sindrome ad altra causa che non sia l'irritazione clinica della corteccia cerebrale. Ora noi abbiamo veduto che, identificando la sede dei processi sensoriali con quella dei processi rappresentativi, si doveva rinunciare ad ammettere un simile meccanismo, per non cadere nell'inverosimile. Le allucinazioni visive, dovendo perdursi prioritariamente nell'area dei centri visivi, la sede disponibile, non potrebbero presentarsi che come un caos di *forme* *autonome*, ossia d'immagini disincassate, ciò che non si verifica mai.

Per determinare con questo procedimento autentico un'immagine completa bisognerebbe, come già abbiamo notato, che due stimoli simultanei, compensativi ed intelligenti, si mettessero d'accordo e andassero a colpire i due emisferi cerebrali in modo da suscitare mezzi immagine in equilibrio; ciò che è assolutamente inverosimile, se non assurdo.

Ora, ammettendo l'autonomia del centro rappresentativo, cessa l'assoluta necessità della doppia irritazione combinata. Siccome il centro rappresentativo è unilaterale, si potrebbe pensare che lo stimolo irritante (unico) agisca direttamente su di esso e che la rappresentazione nata in questo modo abbia la virtù che manca alle rappresentazioni normali, di ritornare alle proprie sorgenti, cioè ai centri sensoriali, formando l'immagine allucinatoria. Ma è poi giusto ammettere che l'allucinazione nasca prima come idea o come simbolo o come frammento d'idea, cioè normalmente, e che il processo tipico compaia soltanto dopo, quando l'azione patologica si esplica sulle fibre di conduzione. E che può avvenire in due modi: sia perchè diventano percive in senso contrario le fibre afferenti, cui sogliono sollevare la sensazione al centro rappresentativo, sia perchè agiscono in direzione ardorosa, ma con effetti straordinari, le fibre efferenti che sogliono portare ai centri sensoriali (dall'alto) gli stimoli positi ed inhibitori dell'attenzione. In queste tre varianti la prima (scartata) urta contro la difficoltà di concepire che un'irritazione intelligente, per esempio d'un volano, possa determinare una rappresentazione significativa. La penultima è contraria, come abbiamo più volte riconosciuto, alla legge della polarizzazione dinamica, per quanto non sia poi il caso di pretendere in patologia il rispetto letterale di tutte le leggi fisiologiche. L'ultima versione è quella che solidifica maggiormente. Essa replica l'acquisto da parte delle fibre irritate d'una *personalità* *neobica* a stimoli che normalmente non le attraversano o che le attraversano bene, ma in altre circostanze o con ben altro effetto. Infatti, se queste fibre efferenti, d'origine soprasensoriale, regolano il processo dell'attenzione (ed a che mai servirebbero altrimenti?), non è inverosimile che

in condizioni fisiologiche quando nei centri sensoriali si ripresenta un'immagine attuale o non nuova, esse sono destinate a prestarle incontro i residui delle immagini anteriori e similari che valgono a meglio discriminare le particolarità dell'ultima arrivata, raccogliendone alcune e lasciandone altre in disparte. Si afferirebbe invece un'allucinazione quando questo lavoro a nuovo, per un'irritazione delle vie retro-rappresentative, avvenisse all'interno d'una sensazione corrispondente, e con tale efficienza, da generare lo stesso spettacolo d'una sensazione in atto.

Allucinazioni ad occhi chiusi. — Vi sono casi d'esaurimento nervoso, d'intossicazione, di shock post-operatorio, d'asmania grave, che non offuscano pienamente l'intelligenza, ma producono il fenomeno dell'allucinazione visiva ad occhi chiusi: riaprendo gli occhi l'allucinazione sparisce, e i malati, che non delirano, capiscono benissimo di che si tratta, e ne restano turbati, ma non riescono ad impedire la comparsa sotto forma così vivace da imitare esattamente la realtà. Sono ombre che passeggiavano sulle pareti, maschere che chiacchiavano un occhio e spiegavano la lingua, uccelli, pesci, cariatidi animate, ed altre simili bizzarrie che anticipavano i preparativi, pur così necessari ai malati isolati, per prendere sonno. Spesso questi effetti sono dovuti a certi medicinali mal tollerati, e gli infermi, che se ne accorgono, pregano il medico di non prescriverli più. Esempio: la morfina.

Debito, se l'allucinazione non fosse che una rappresentazione esagerata, come si pretende, basterebbe chiudere gli occhi per procurarsi, se non un'allucinazione, una rappresentazione tanto vivace da ricordarla; e ciò non accade. Si capisce invece che avvenga questo e peggio, se la rappresentazione, trovando aperta una strada insolita che normalmente serve ad altri usi, precipita nei centri sensoriali da dove era arrivata, ed vi riveste l'apparenza d'una sensazione vera. Chiudersi gli occhi, i centri visivi sono sgombrati, ed è più facile che rispecchiare vivacemente la schiatta immagine interna. Se gli occhi sono aperti, l'immagine interna è vinta dalle immagini reali, a meno che il processo fisiologico dell'allucinazione non si svolga nella sua forma completa. In quest'ultimo caso non solo si realizza la fantasia, ma si annulla per un momento la realtà che la crea il posto.

Ripetizione del pensiero. — Un fenomeno non raro ed assai interessante nei malati di mente è quello del pensiero ad alta voce. Si tratta di paranoici, di deliranti precoci, di deliranti in genere, che sentono ripetere a fuori ciò che essi pensano mentalmente: vi è un'eco fastidiosa che ricalcola e divulga a tutto il mondo ciò che essi leggono o pensano in se-

grato; e spesso ne nasce un delirio, cioè che il pensiero, mediante congegni misteriosi, venga sorpreso e rubato. Questo sintomo sarebbe inesplicabile se il pensiero e la sua ripetizione allucinatoria si svolgessero nel medesimo luogo: bisognerebbe ammettere uno stimolo federato che la prima volta producesse il pensiero silenzioso e la seconda volta l'allucinazione. In tal caso non si capisce perché il primo stimolo dovrebbe determinare un effetto qualitativamente così diverso dal secondo; né perché gli stimuli si ripetano sempre a coppie e mai per serie più lunghe.

Il meccanismo del pensiero ad alta voce si chiarisce quando invece si ammetta ch'esso cominci fisiologicamente nel centro rappresentativo e che di là venga respinto, per un processo di regressione patologica, al centro dell'udito. La ragione per cui quest'unico pensiero è sentito in due edizioni così diverse, cioè prima come un pensiero silenzioso e di lì a poco come una voce altro, è riposta appunto nella duplicità della sua localizzazione. Se la localizzazione fosse sempre la stessa, come si dovrebbe ritenere secondo i dettami della fisiologia classica, il fenomeno subiettivo non potrebbe svilupparsi che per una reiterazione di stimuli: in tal caso l'effetto che si produrrebbe non potrebbe mai essere l'allucinazione d'un pensiero nostro ripetuto da altri; ma si avrebbe, salvo qualche eventuale differenza d'intensità, o la rappresentazione di due pensieri uguali e nostri, oppure la sensazione di due voci uguali e non nostre.

Vi è da domandarsi perché mai, se l'immagine allucinatoria è preceduta da un pensiero analogo, non debba presentarsi sempre come una copia sonora, viviva o tattile, di ciò che nessuno pensa. Eppure in generale non è così. Per lo più l'allucinazione è o sembra priva di qualunque rapporto col pensiero del malato. Forse la capacità con cui in repermissione sensoriale vuol «accolere», negli affettisti, alla rappresentazione non lascia loro il tempo d'avvertire l'altre-modellarsi cui è soggetta l'allucinazione; o la coscienza della ripetizione non si avvera che quando la successione è assai lenta. Forse anche, il più delle volte, avviene un'altra cosa: la rappresentazione che degenererà in una immagine allucinatoria si trova fuori del campo dell'attenzione od all'estremo limite, ed è così estranea al corso principale del nostro pensiero che non sentiamo opportuno. Tanto meno noi riusciamo dunque a riconoscere come nostro l'atto fuggitivo, aberrante, forse addirittura inconsciente, che ha sfiorato per un momento la scena del nostro pensiero, quando ci appare come il suo travestimento allucinatorio. Ed ecco perché il tema dell'allucinazione è così spesso *indifferente, frivolo, insignificante, esotico*, contrario alle abitudini ed al carattere del malato, che la ripudia o la considera come un'impresione artificiosa o ne rimane meravigliato.

Allucinazioni configurate. — Che nei centri sensoriali, irritati da sostanze tossiche, da compressione, da trauma, spuntino direttamente allucinazioni configurate, non è cosa che possa meravigliare. Ciò che si sviluppa dall'apparecchio periferico di senso o dal nervo centripeto si produce con maggior ragione per eccitamento del centro. I centri sensoriali, che raccolgono le notizie di ciò che si svolge nell'organismo e che presiedono all'intervento tecnico dei visceri, debbono spesso trovarsi in queste condizioni di ferita allucinatoria. Noi sappiamo che in massima parte dei paralitici, anche senza cadere in allucinazioni percettive, si trovano ben di rado in uno stato di senso regolare: essi soggiacciono per lungo tempo, talvolta per tutto il decorso della malattia, a un'anomalia instabile, ma iperbolica, o ad un malessere non meno indefinibile, ma altrettanto profondo. Questi perversamenti della coscienza sono così interamente denuncianti e sentiti, che non possono spiegarsi come un affetto dell'intelligenza morale o d'una semplice amplificazione dei giudizi. E invece più giusto d'interpretarli come una specie d'allucinazione in permanenza che colpisce i centri della sensibilità generale in seguito ad irritazioni continue e dirette delle loro cellule. E poiché il centro della rappresentazione è fuori di causa, si capisce che l'allucinazione coscienziale non acquista, in questo caso, alcuna consistenza precisa. Il paralitico soffre e giace senza saper di che: il suo errore coscienziale non ha né una forma, né un posto, e si esaurisce in un alleggerimento ilare o doloroso dell'animo, a cui non corrisponde alcuna rappresentazione, né psologica, né normale.

Nel campo della sensibilità calorea e generale è ben difficile che le allucinazioni, come del resto le rappresentazioni, assumano una forma evidente e precisa. Se anche l'assumessero, sarebbe altrettanto difficile valutare il loro grado di corrispondenza con la realtà. Forse, per questa specie così inutile e così superficiale di sensibilità non esistono centri appositi di rappresentazione o sono imperfetti o poco adoperati. Si ammettono, è vero, che si riconoscano che parlino per la loro esistenza, ma sono sempre associati a realtà psichica. Inoltre l'ufficio comune delle sensazioni tattili, termiche, bariche, dolorifiche e viscerali è quello d'indicare una località più o meno definita del nostro corpo, ma in modo che non vi sia possibilità di confusione tra un lato e l'altro. Perciò le sensazioni di questa genere si bipartiscono in due categorie parallele che corrispondono alle due metà laterali del corpo e che non hanno per bisogno di sommarsi in simboli unitari. Non è probabile che il centro di rappresentazione, se pure esiste, possa emanciparsi, come quello delle immagini visive ed uditive, da questa necessità di bipartizione e di bilateralità: e può darsi che il vocabolo della doppia sede nei due emisferi,

rendendo nulla l'opportunità economica d'un unico centro rappresentativo e disincentivando per conseguenza l'unità, già abbastanza problematica, se abita anche ingessato la formazione.

Ben differente è l'aspetto con cui si presenta il quesito della allucinazione per ciò che riguarda la vista e l'udito. Qui è tutt'altro che infrequente il caso delle allucinazioni configurate.

Gli stimoli irritanti che potrebbero risvegliare l'attività dei centri visivi ed uditivi non possiedono tanta sapienza da disegnarvi figure viventi o da «segnarvi» suoni verbali e significativi; ma nulla ci proibisce di pensare che un'azione morbosa¹ apra alle rappresentazioni già esistenti le porte d'un regresso atrofico, a capo del quale riprendono l'apparenza vivente e ingannatrice di sensazioni.

A questo modo non c'è idea, normale o patologica, astratta o concreta, intensa o quasi incosciente, che non possa trasformarsi in allucinazione. Il concetto generico d'una persecuzione ispira, per un processo d'associazione normale, l'immagine rappresentativa di un'invidia specifica; o l'immagine rappresentativa, per un «effetto» di retro-colazione patologica, diventa un'immagine sensoriale, cioè un'allucinazione. Così si spiega l'accessibile in cui si trovano non di rado le allucinazioni, coi deliri e col carattere (filiberto od ambizioso o mistico) dei «sogni» allucinati. Non solo dunque si possono avere allucinazioni configurate, ma anche allucinazioni subordinate al pensiero e che rientrano una certa ragionevolezza formale.

Allucinazioni combinate. — Qualche volta, specialmente tra i paranoici, si verificano allucinazioni, per esempio, di *figure parlanti* che implicano il concorso della vista e dell'udito, e che si spiegano come un caso particolare delle precedenti. Se nulla cioè d'immagini complesse ed evidentemente ispirate da un pensiero. Le allucinazioni combinate risultano dal concorso di due rappresentazioni che degenerano in una doppia sensazione dopo essersi formate a loro volta come la conseguenza secondaria di un'idea superiore.

Dovremo credere che anche il passaggio da un'idea superiore ad una o più rappresentazioni particolari costituisca un regresso patologico? E, confutando in termini anatomici, considereremo che la corrente nervosa della «percorsione» la distanza fra due centri corticali in una sola direzione e precisamente dal più basso al più alto? Nemmeno per sogno: l'osservazione collinaria del pensiero dimostra che, se l'induzione, portando alla conoscenza di leggi sempre più generali, è il processo più elevato dell'intelligenza, non è punto da disprezzarsi il processo opposto, che ci permette di scendere dai concetti generali (totali od altri) alle applicazioni, agli

esempi, alle singole immagini rappresentative. Fra i centri transcorticali non mancano le fibre associative che a facilitare questi rapporti interscismatici in tutte le direzioni; e il passaggio della corrente nervosa da un centro transcorticale ad un altro centro transcorticale, ma più basso, non deve considerarsi come un fatto nocivo. Solo al suo ultimo passo, cioè da un centro di rappresentazione ai rispettivi centri di sensazione, la discesa della corrente nervosa assume un carattere patologico.

Allucinazioni che si presentano nei sogni. — Quando dormiamo, sono chiuse le porte dei sensi e il pensiero tace. Se peraltro avviene che si apra uno spiraglio esterno o che si svegli un'irritazione interna, si manifestano di tratto in tratto fenomeni di coscienza: nel sognare. I sogni sono un vesuvio variegato d'immagini, di rappresentazioni, d'idee evanescenti sopra una trama debole, appena celata, spesso scompigliata. L'ordine logico si smarrisce; le associazioni si sfaldano per vie collaterali ed insolite; il tema del sogno, se anche prende le mosse da una sensazione oscura del mondo reale, se ne allontana così smisuratamente, che assume subito un aspetto incoerente, spesso assurdo. Tuttavia nell'insieme di questi fenomeni soggettivi, per quanto possono essere caotici, noi discerniamo ancora, abbastanza nettamente, ciò che è riferibile alla nostra persona da ciò che, a torto od a ragione, ci sembra riguardare l'ambiente esterno; le rappresentazioni dalle immagini sensoriali. Insomma, per quanto i processi soggettivi possano variare d'intensità e di contenuto, non perdono mai i caratteri specifici che li rendono vivi, distinti nella veglia: fra i ricordi, sogni o allucinazioni, e le immagini talora vere della realtà affiora persiste, nel sogno, l'unità che è così chiara nello stato normale. Il nostro sentiamo gli spettrali fantasmi, a cui ci sembra d'assistere, come se fossero una parte dell'ambiente esterno, noi possiamo d'accompio le meditazioni e i congegni più o meno infelici, ai cui stornelli li correliamo, come una parte del nostro pensiero. Le fantasmiagorie del sogno non fanno dunque l'apparenza di rappresentazioni vivaci, ma di realtà, anche quando sono meschine e crepuscolari. È evidente che devono formarsi nei centri sensoriali, vale a dire che sono allucinazioni; e non c'è ragione di ordinarle diverse ad un meccanismo diverso da quello che determina le allucinazioni degli avvelenamenti e delle malattie mentali. Che in un cervello sano si produca, per qualunque d'inibizione, la caduta di qualche immagine rappresentativa dai centri di sensibilità, è cosa più facile ad intendersi che non un oggetto esterno, da parte di centri assopiti in un sonno pacifico e riparatore.

Allucinazioni d'origine periferica. — Le immagini elementari che si formano nei centri sensoriali per eccitamento di nervi periferici non hanno nulla di comune con le vere allucinazioni. I fosfeni che si producono toccando il bulbo oculare, il tagliore che accompagna la recisione del nervo ottico, gli acusmi che s'aggiungono alle orecchie, i sibili, gli aerosci, i suoni più o meno musicali che si ottengono nell'esperimento di BATSCH, galvanizzando il nervo acustico, le parestesie provocate da irritazioni morbose dei nervi sensitivi, non sono fenomeni morbose, ma reazioni normali ad uno stimolo abnorme. In ognuno di questi casi le allucinazioni, purché non oltrepassino il grado d'immagini rudimentali, sono perfettamente legittime: non è la loro presenza, ma la loro mancanza che potrebbe costituire un difetto patologico a carico del cervello. Segnalato un'irregolarità che effettivamente si compie in un punto lontano non è la stessa cosa che commetterla; e i centri sensoriali, quando liberano nella coscienza un'allucinazione d'origine periferica, non fanno che l'ufficio di segretari imparziali. L'allucinazione periferica, come il dolore, è un processo innato, ma naturale e del tutto estraneo alla psichiatria.

Non ultimo, avviene qualche volta che queste sensazioni insolite, ma non morbose, suggeriscano idee. Se il cervello che ne è sede non presenta anomalie o processi morbosì, le idee suggerite potranno essere giuste o sbagliate, questo poco importa, ma non saranno psicotiche. Se invece dalle allucinazioni d'origine periferica nasceranno deliri, come del resto ne nascono spontaneamente o per effetto di sensazioni affatto normali ed ordinarie, vuol dire che il cervello non si trova in condizioni normali. In questo caso non è difficile che, tra gli altri sintomi d'una perturbazione mentale, si verifichino anche quelli che favoriscono la produzione d'immagini allucinatorie. Le allucinazioni più o meno complesse che si determinano allora possono prendere a prestito il loro senso dalla sensazione iniziale che, arrivando dalla periferia del corpo per via normale, ha attirato sopra di sé l'attenzione dell'animo o dell'interno. Ci troviamo dunque dinanzi ad un caso particolare di allucinazione configurata e subordinata al pensiero, dove la così detta allucinazione *periferica* non è che un semplice agente provocatore.

E infatti, sono innumerevoli gli esempi di persone che per settimane o per mesi soffrono senza interruzione di acusmi per orecchie o per occhi, di fotopsie per congiuntive ed emicrania, di parestesie per mille cause diverse, o che sono ben lontani dal presentare allucinazioni vere e tanto meno il più piccolo inizio di delirio. Possiamo quindi concludere che vere allucinazioni d'origine periferica non esistono. L'allucinazione propriamente detta è sempre un processo d'origine *brain-sourced*: una rappresentazione retrocessa e patologicamente convertita in sensazione.

Allucinazioni unilaterali dell'udito. — Vi sono individui abitualmente soggetti ad allucinazioni uditive, ma da un lato solo. Se si tratta di semplici suoni, la genesi del fenomeno è ovvia. Ma come si spiega la formazione d'immagini uditive che sembrano provenire esclusivamente da un orecchio quando raggiungono un alto grado di complessità? Come si spiega che i pesoni di un'elaborazione transcorticale, così riconoscibili, così di parole, frasi, pezzi di frasi, o di sinaccie, possano differenziarsi così nettamente secondo l'orecchio da cui provengono o figurano di provenire? Non si è detto che i centri delle rappresentazioni verbali sono miri e scintolati dai rapporti di spazio? Come si concilia dunque l'emilateralità d'una allucinazione verbale, che sembra penetrata per un orecchio e non per l'altro, con la sua origine da un centro indifferente alla provenienza dei suoni, come dev'essere senza fallo quello situato nella 1.^a circoscrizione temporale di sinistra? Questo centro, essendo miri, non accoglie promiscuamente e senza distinzione il contributo dei due orecchi? In che modo potrebbe impedire ad una rappresentazione miri nel suo seno il carattere della provenienza, intrascolare e trasmettere questo carattere all'immagine allucinatoria che si ripeterà nel suo centro sensoriale?

La risposta è facile. Quando noi ci rappresentiamo, in genere, il suono d'una parola, non abbiamo alcun bisogno di localizzarla mentalmente né fuori dal nostro corpo, né dentro il nostro corpo, cioè ad un orecchio piuttosto che all'altro. E infatti ordinariamente questa localizzazione nello spazio non avviene. Ma se mediante un'associazione di dati spaziali che possiamo anche attingere alle altre forme di sensibilità, per esempio alla vista ed alla tatto, ci possiamo soffermare sopra una rappresentazione fonetica e fissare il punto da cui proviene, la sua direzione in rapporto a noi, la persona che ha parlato o parlerà, o l'orecchio in cui sentiamo risonare o sentire la sua voce, noi troviamo subito nel nostro cervello tutti gli elementi che ci occorrono per riuscire a questo risultato: sono invasi. La localizzazione del suono verbale in un punto dello spazio esterno o in uno piuttosto che nell'altro del nostro orecchio non è dunque una conseguenza ordinaria e tanto meno necessaria all'evozione acustica; ma è un procedimento che può effettuarsi quando si voglia, per associazione.

Quando un puerco preteguato tenta di sentirsi arrivare delle ingiurie dalla gola del cammù, non è improbabile che tutte le allucinazioni uditive di cui sarà vittima si localizzino sistematicamente in quel punto dello spazio esterno. Quando un infermo simile sia molestato da un acuto reale dell'orecchio sinistro e la sua attenzione sia spesso richiamata di preferenza da questa parte, non è improbabile che la suggestione d'origine epidermica, malgrado la propria legittimità, si associ con istintiva

gestioni d'origine transoculare e vi porta il contributo di un'indicazione spaziale in rapporto con l'orecchio sinistro. Da questa rappresentazione complessa, verificandosi nelle fibre corticali le condizioni necessarie al processo allucinatorio, si avrà facilmente un'allucinazione, il cui riferimento all'orecchio sinistro è l'effetto dell'acustica. Certamente, l'incontro d'un acustico uniauricolare con uno stato che potrebbe dirsi di distesi allucinatoria (nel senso dell'allucinazione vera e complessa) è qualche cosa di non molto facile a verificarsi; ma appunto perciò le allucinazioni bilaterali e contrapposte dell'udito sono un fenomeno abbastanza raro, mentre gli acustici, bilaterali ed unilaterali, sono un fenomeno dei più comuni.

Illusioni. — Il meccanismo delle illusioni, come l'autore ha descritto, si attua senz'alcuna difficoltà alle diverse. È noto che l'illusione fa nascere un'immagine deformata, ma non interamente falsa, della realtà: essa è un miscuglio di sensazioni reali, ma spesso deboli, inaffidabili, indistinte, incerte, incomplete, e di rappresentazioni con carattere allucinatorio che vengono ad integrarla erroneamente. Un processo d'integrazione analogo, ma inconsapevole e senz'errori, si effettua ad ogni atto di percezione, e corrobori l'immagine attuale con una farragine apparizioni di ricordi similari che si permettono di meglio distinguere le minime particolarità e i loro reciproci rapporti. Nell'illusione l'immagine attuale, in luogo di fondersi armonicamente coi ricordi similari, è integrata da un preconcetto incongruo che, per giunta, assume un'evidenza allucinatoria. Questa pervenza è l'effetto della regressione che ricadece gli elementi rappresentativi ai centri sensoriali, e l'allucinoso non è altro che un'allucinazione parziale.

Conclusioni. — La teoria che ho esposto, consentendo alle varie manifestazioni con cui si presentano le allucinazioni nella clinica e fuori della clinica, e specialmente a quelle che finora rimanevano inespite o in contrasto con gli ultimi dati della fisiopatologia corticale, offre alcuni vantaggi che si possono brevemente riassumere.

1.^a Il fenomeno allucinatorio acquista anche obiettività, cioè nel suo meccanismo fisiopatologico, quella fisiosomma decisa e ben netta che lo caratterizza subjectivamente, e che non permette di confonderlo coi processi di rappresentazione. L'allucinazione non è una rappresentazione spaziale, ma uno differisce dalla rappresentazione per qualità e per sede. Per ciò che riguarda la quantità, si possono verificare allucinazioni anche voci deboli, come sono qualche volta quelle dei sogni e quelle della vista che scompaiono aprendo gli occhi.

2.^a L'origine di tutte le allucinazioni genuine è transoculare; e le

allucinazioni di presenza periferica, finchè non siano completate da un sufficiente soprasensoriale, non hanno nulla di comune con esse, non sono allucinazioni genuine, non vanno calcolate come un fenomeno psico-patologico.

3.^a Il meccanismo dell'allucinazione consiste nel regresso d'una immagine più o meno complessa, più o meno cosciente che dalla zona psichica cade nei centri di sensibilità dell'era venuta, e così assume di nuovo l'aspetto preciso d'una sensazione, tanto da essere scambiata per realtà.

4.^a Questo meccanismo si compie soltanto in condizioni patologiche ed anormali, ma senza scariche epilettiche, per via sostanzialmente diversa dal collegamento estrotypico della zona psichica o soprasensoriale coi centri corticali di pura sensibilità, quantunque d'altra parte queste stesse vie siano normalmente destinate ad altre funzioni più o meno determinabili.

5.^a Data la separazione di sede tra i processi di rappresentazione e quelli di sensazione, si concepisce ciò un'allucinazione, essendo «sottostanzialmente identica ad una sensazione, occupi l'identica porzione di corteccia o si sparpia fra i due emisferi. Ma perchè ciò avvenga, non è più necessario ammettere che due stimoli irritanti abbiano agito sulla corteccia in modo simultaneo, complementare ed intelligente, cosa inverosimile e quasi assurda, specialmente nel caso delle allucinazioni visive (che, dato uno stimolo isolato e grossolano, dovrebbero presentarsi unilateralmente e quindi sotto forma emianopica). Invece, si può credere senza difficoltà che i centri di sensibilità, comunque siano eccitati, reagiscano sempre con immagini precise, vivaci, ma effimere: fisiologicamente, rispecchiando la realtà che sta fuori di noi; patologicamente, rispecchiando sotto forma più rinforzata e realistica il «ritorno» della realtà, che sta dentro di noi, ma in altro territorio della corteccia.

6.^a Allo stesso modo si spiega il meccanismo delle allucinazioni con-agitate in genere; di quelle che risultano dalle contenzioni di più insorgiti appartenenti a forme di sensibilità diverse: delle allucinazioni sfiorzate al pensiero e quasi logiche; delle allucini; e infine di quelle singolari, che è la ripetizione stesso, ma immaginaria del pensiero.

Insomma, vi è un punto comune fra la classica teoria di TAMBURO e la presente: l'identità di sede, se non d'origine, tra i fenomeni sensoriali e gli allucinazioni. Sensazioni ed allucinazioni fanno dunque ben presto negli stessi centri corticali: è vero, ma a patto che siano messe fuori di casa le rappresentazioni. A questa maniera le allucinazioni vengono a guadagnare un'individualità propria. Per la loro provenienza transcorticale, esse sono ex-rappresentazioni (più o meno coscienti); pel loro determinismo patologico, sono un'associazione aberrante, straordinaria, regressiva; pel loro aspetto subiettivo e per la sede corticale in cui si svolge

la parte culminante del fenomeno allucinatorio, le allucinazioni non sono altro che sensazioni del tutto simili alla realtà e affatto dissimili dalle rappresentazioni).

Pseudo-allucinazioni ed allucinazioni psichiche. — A giudicare superficialmente, parebbe che gli allucinati, e più che mai quelli dell'ulmo, siano tra i malati di mente assai numerosi. Ma un esame accurato ci dimostra spesso che una gran parte delle allucinazioni uditive o specialmente verbali non sono in realtà che pseudo-allucinazioni. Non si tratta di parole simili a quelle che si uccolano realmente, ma d'immagini verbali talvolta sbiadite che per altro differiscono dal pensiero ordinario per la loro incoerenza e per l'assoluta mancanza della loro origine subiectiva. Questo fenomeno non era ignoto all'antica psichiatria: DARLACHEN TAVOTA designato come una forma d'allucinazione *passive*, HALLER come una *pseudo-allucinazione*, KALLHART come un'allucinazione *apperceptive*. In questo problema si sono occupati molti alienisti, ma senza risolverlo, anzi senza neppure introdurlo chiaramente.

L'oscurità che circonda le allucinazioni psichiche, sia nella mente dei malati, sia in quella degli alienisti, dipende dall'indeterminatezza, anzi dalla mancanza d'una qualsiasi distinzione tra i due fenomeni: *allucinazione* ed *immagine mentale*. Secondo gli autori che non si distaccano dalla tradizione corrente, le allucinazioni e le immagini mentali corrispettive si producono nei medesimi centri corticali, cioè là dove si determinano le sensazioni attuali: tra allucinazione ed immagine mentale non vi è dunque che una differenza *subiectiva*; e la differenza diventa inafferrabile, se ad un'allucinazione debbo mettere di fronte un'immagine mentale fisiologica, ma intesa.

Le allucinazioni psichiche acquistano un significato ed un interesse solo per chi ammette l'esistenza dei centri rappresentativi e la divergenza non solo subiectiva, ma anche topografica tra sensazione e rappresentazione. In questo caso le pseudo-allucinazioni di DARLACHEN, che realmente hanno un'importanza di primo ordine nella *debolezza precoce*, sono da interpretarsi come rappresentazioni ed immagini mentali ed idee che per il loro aspetto e la loro localizzazione sono identiche al processo normale del pensiero, non già alle sensazioni, né alle allucinazioni veri, imitative perfette delle sensazioni; ma d'altra parte si avvicinano alle allucinazioni per la loro genesi, in quanto nascono da stimoli locali, insulti ed estranei all'associazione corrente del pensiero. Perciò i malati ne parlano come d'un pensiero estraneo alla loro personalità, o gli alienisti le confondono con le allucinazioni propriamente dette.

Questo argomento, ch'era rimasto sterile finché stava confuso con

una semplice nozione clinica: tra le curiosità della psicologia sublimica, in rimpicciolito quanto Lettaro intendibile in rapporto con la genesi delle allucinazioni, delirio, focalizzo e disordine le immagini verbali di origine patologica, cercando di spiegarne il meccanismo e di renderle comprensibili anche a chi le analizza dal di fuori, senza averle mai provate. Secondo Lettaro, le pseudo-allucinazioni sono immagini mentali che, invece d'essere provocate dalla realtà esterna o dal processo d'associazione interna, sorgono come fantasmi per l'azione d'uno stimolo locale ed autonomo sui centri rappresentativi. La loro indipendenza dalla corrente del pensiero cellulare genera, nei malati, il sentimento di un'entità, di un'effluvia intellettuale, d'una suggestione cerebrale, che si traduce con espressioni svariate: *suggestione, pensiero invadente, pensiero sfuso, trasmissione del pensiero, parole mentali, idee che si specificano nel cervello, idee scorporate da persone invisibili, azioni e pensieri forzati*. Si tratta specialmente d'immagini verbali acustiche, ma che non vengono mai scandite per voci estranee, perché sono più detti d'una voce reale ed anche diversa. Lo infermo chiaramente gli stessi suoni, eliminando coi nomi di *voci pallide, acciuffate, parole acciuffate*. Talvolta le immagini mentali che assumono aspetto pseudo-allucinatorio sono così indecise, che non rassomigliano nemmeno a parole scritte, e i malati sono imbarazzati nel descriverle; oppure, quelle immagini si differenziano spiccatamente dalle comuni rappresentazioni che formano l'editoria del pensiero normale.

Come i centri motori si possono rendere autonomi di fronte agli stimoli, così si rompe la solidarietà respirata tra i vari territori di rappresentazione, e il malato ne acquista la convinzione o il sospetto d'un pensiero non suo. Se l'allucinato designerà frettolosamente il fenomeno come un'allucinazione, può darsi che il malato, per lo più un demente precoce, non avendo un concetto esatto di questa parola, accetti per buona la designazione, ma invitato a spiegarsi da sé, darà tali indicazioni di ciò che avviene nella sua coscienza, da persuadere che si tratta di pseudo-allucinazioni, non d'allucinazioni.

CAPITOLO V.

L'ideazione

PSICOLOGIA DELL'IDEAZIONE.

L'attività mentale è caratterizzata dalla coscienza. I fenomeni subiettivi o stati di coscienza, che costituiscono quest'attività, hanno in generale (per la massima parte dei psicologi sempre) un doppio aspetto, cioè: «i) un contenuto rappresentativo, che può variare all'infinito, e b) una forma sentimentale, che può essere gradita o sgradita, con semplici gradazioni d'intensità.

L'espressione più semplice dell'attività rappresentativa sono le immagini, che si formano sotto l'azione diretta della realtà esterna, rispecchiandone i vari aspetti. Esse possono anche riprodursi per azione interna e sotto forma di ricordo, ma purché almeno una volta siano state percepite dal di fuori: « nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu ». L'immagine è dunque una copia della realtà; il ricordo è una copia della copia, tirata senza la presenza del modello e perciò più imperfetta. Percezioni e riperccezioni, secondo la felice espressione di KAMLERSON.

Le idee sono rappresentazioni più o meno complesse, che risultano dall'aggregazione d'immagini. Ciò non avviene per effetto d'una semplice somma, ma per mezzo d'un doppio e delicatissimo procedimento; vale a dire: 1.^a da molte immagini diverse e complesse, ma primitivamente indivise si isola, con un atto d'analisi per lo più inconsciente, l'elemento comune, per esempio dalle immagini visive del cielo, del mare, della gemma, dello zaffiro si astrae l'attributo d'azzurro; 2.^a queste frazioni simili d'immagini differenti si fondono in una sintesi ideale, che è appunto l'idea dell'azzurro. Anche le idee più elementari sono dunque sempre astrazioni, ma si chiamano idee concrete quando sono ricavate da semplici immagini. Dalle idee concrete si possono ricavare le idee astratte, met-

sendo in gioco i due processi d'analisi e di sintesi che abbiamo indicato; per esempio dalle idee concrete d'azzurro, di verde, di rosso si separa l'elemento identivo comune, e si giunge all'idea astratta di colore, che viene ad essere l'astrazione di più astrazioni menz composte. Si può salire ad un grado di astrazione più elevato, prendendo di mira l'elemento comune tra colore, odore, consistenza ed altre astrazioni diverse, e così si forma l'idea di qualità fisica. Le astrazioni più elevate si dicono, senza precisione di limiti, nozioni generali.

Durante la veglia, l'attività della coscienza è continua, ma la successione dei processi identivi non segue un ordine rigorosamente logico, perchè è frequentemente interrotta dall'accidentalità degli avvenimenti esterni. Il nostro pensiero si scompone in una serie innumerevole e discontigua di ragionamenti incominciati e non finiti od abbreviati, in ogni modo assai semplici e senza legame reciproco. Per ciò l'attività rappresentativa è logica a frammenti; ma nel suo andamento generale è piuttosto alogica, a meno che non intervenga a disciplinarla l'influenza dell'attenzione, che è una specie di raccoglimento volontario. Questa influenza, che mettiamo in opera nel parlare, nell'ascoltare e nel meditare, dirige la coscienza alle impressioni disarticolate e così favorisce lo sviluppo interno delle idee lungamente concatenate.

Il pensiero ordinario si compie prevalentemente per immagini di varia specie, ed è un vero caleidoscopio, alla cui formazione concorrono tutti i sensi specifici in combinazioni assai variabili. Invece il pensiero logico si compie quasi esclusivamente pel tramite d'una classe particolare d'immagini, cioè delle immagini verbali. Le parole, per l'abitudine che abbiamo di servircene comunicando con gli altri, diventano un surrogato pratico delle idee anche di fronte a noi stessi. La loro corrispondenza convenzionale con le idee, che arriva fino alle sfumature più delicate, ci dispensa dalla necessità di evocarle volta per volta e ad ogni passo del movimento meditativo quei complessi d'immagini, che sono originariamente racchiusi in ogni idea e specialmente nelle idee più astratte; e ci permette di rappresentarci la loro vera una serie endogena d'immagini assai più semplici e più precise, che ne diventano il simbolo. Così il pensiero logico corre svolto e senza inciampi per mezzo di contrassegni verbali dietro ai quali non appareccia che a tratti e pallidamente le larve delle immagini originali, e noi non pensiamo idee, ma più spesso pensiamo parole.

Le immagini mnemoniche tendono a seguirsi ed a combinarsi tra loro e con le immagini primitive od attuali secondo certe leggi d'attrazione reciproca, che sono conosciute col nome di associazioni paleolitiche e che abbreviamo: 1.^a i rapporti di contiguità nello spazio (consistenza), 2.^a i rapporti di contiguità nel tempo (successione), 3.^a i rapporti di somi-

glianza, 4.^a i rapporti di causalità, 5.^a i rapporti di contrasto, che solo in psicologia mentale acquistano qualche volta un certo interesse, ma che si possono riguardare come l'aspetto negativo dell'associazione per somiglianza.

Le rappresentazioni che si associano nella nostra coscienza sotto le forme che abbiamo accennato sono sottomesse a questa legge d'affinità reciproca per una sola ragione: che i fenomeni a cui si riferiscono sono vincolati a loro volta nella realtà da rapporti obiettivi e paralleli. In altre parole, le leggi d'associazione poggiano sul principio di corrispondenza per cui i processi intellettuali si modellano sul mondo reale (SPENCER).

Nella forma d'associazione per contiguità (di spazio e di tempo) il nostro spirito riproduce, s'intende a frammenti, l'ordine cosciente della realtà. Nella forma d'associazione per somiglianza noi verifichiamo fra le rappresentazioni simili gli elementi comuni, ossia l'esistenza d'un rapporto ideale, che ci conduce facilmente all'astrazione e ci permette, se non la riproduzione letterale, una prima classificazione della realtà, che è come un indice per *materiali* dei suoi vari fenomeni. Ma non possiamo raffigurarci con qualche vigore, nemmeno parzialmente, l'ordine teorico dei fenomeni esterni, che applicando l'associazione per causalità.

D'altra parte, questo processo mentale, che ci fornisce il mezzo d'argomentare, anche senza vederli, gli effetti dalle cause e le cause dagli effetti, presuppone le due associazioni di successione e di somiglianza. Infatti, per cogliere il legame causale fra due fenomeni, bisogna averne ricostruito in primo luogo la *successione*, in secondo luogo la *costanza*, ciò che richiede la nozione dell'identità o per lo meno dell'analogia fra una successione e le altre, ossia l'uso dell'associazione per somiglianza. In genere di questa sintesi, nasce la convinzione soggettiva che la successione dei due fenomeni sia inevitabile e quindi che la causa e l'effetto si richiamino per una *necessità obiettiva*. Questa legge di necessità obiettiva, che dovrebbe costituire in certo modo il meccanismo della realtà esterna, non è in fondo che un nostro adattamento soggettivo (HUME), una specie d'ipotesi tradizionale che tutti accettano come dimostrata; e infatti, abbia o no una corrispondenza assoluta col mondo reale, l'ipotesi o principio di causalità ci rende immensi servizi, perchè ci permette i processi d'associazione e di deduzione, con cui conquistiamo anche quei brani di realtà che non vediamo.

Da quanto si è detto, è chiaro che le due associazioni di contiguità realizzano il principio di corrispondenza nella forma più semplice e per dir così letterale, che l'associazione di somiglianza, suggerendo le idee astratte e indicandoci la costanza di certi rapporti, fornisce alla nostra conoscenza

le formule abbreviative dei fenomeni reali e il mezzo indispensabile per giungere all'associazione di causalità; e infine che quest'ultima è il processo più sintetico ed efficace per mettere in atto, con qualche larghezza e profondità, l'adattamento della nostra attività rappresentativa alla realtà esterna.

L'attività logica rientra nelle leggi associative in quanto esercita una selezione, fra le molte idee che tenderebbero ad associarsi, su quelle che si riferiscono a fatti riuniti in *legame necessario e seriale*, eliminando dalla coscienza i fatti accidentali o, comunque, estranei alla serie. Quest'operazione intellettuale presuppone sempre un'idea direttrice da cui si parte (deduzione) od a cui si tende (induzione) e costituisce il ragionamento. Tutte le forme d'associazione hanno vigore sulle idee come sui loro simboli, le parole, che si richiamano fra di loro senza bisogno d'essere risvegliate una per una dalle idee corrispondenti; ciò che ci permette, fino ad un certo punto, di dire una cosa e di pensarne un'altra.

Questo è, in breve, il quadro di quei processi d'elezione che, elevandosi dalla semplice percezione fino alla percezione ed allo studio, costituiscono il lato conoscitivo dell'intelligenza. I sentimenti ne formano, come vedremo, l'altro lato, il lato più intimo e più personale.

PAATOLOGIA DELL'IDEAZIONE.

Le irregolarità dell'ideazione sono naturalmente uno dei due ordini, ed anzi il più caratteristico della clinica psichiatrica, e si possono raggruppare prendendo in considerazione la *rapidità* d'associazione, il *valore logico* delle idee, la loro *quantità assoluta* e il loro *ordinamento*.

1.^a Riguardo alla *rapidità* con cui le idee si associano, si hanno casi di *accelerazione* e di *retardamento* con e senza turbamento dell'ordine e della qualità.

2.^a Riguardo al *valore logico* delle idee, lo vediamo alterato esistente, cioè senza disordine generale e profondo di tutti i processi mentali, solo nelle *ossessioni* e nei *deliri sistematizzati*.

3.^a Riguardo alla *quantità assoluta* o patrimoniale delle idee, essa può acquistare significato patologico per la sua *eccezione originaria* od *acquisita*, come nelle forme d'*iducia* e di *demenza* mentale.

4.^a Riguardo all'*ordine* di associazione i processi identici possono dar luogo alla *confusione mentale* o *sindrome amnesica* ed alla *incoerenza cronica* o *sindrome demenziale*. E in questi casi è offuscata anche la coscienza, e le idee sono spesso alterate anche nella loro quantità e soprattutto nella loro qualità.

Tutti questi sintomi meritano d'essere esaminati ad uno ad uno, ma in gran parte si presentano combinati in mutua dipendenza o come effetti d'una causa comune.

RAPIDITÀ DEL PENSIERO.

L'accelerazione dei processi ideativi e percettivi può andare scompagnata da qualsiasi turbamento del loro ordine o del loro contenuto; ma in questo caso è piuttosto moderata e si associa costantemente ad un grado altrettanto moderato d'esaltamento sentimentale, ciò che forma il sintomo patognomonico dell'ipomania. Data una simile condizione, si può dalla bocca d'un alienato udire qualche osservazione brillante ed ingegnosa, ma che di solito rimane senza lungo seguito. Il più delle volte la precipitazione non reca alcun beneficio; anzi, se non porta addirittura il disordine, favorisce le associazioni meno utili a danno delle più utili. L'attenzione è rivolta di preferenza sui rapporti di somiglianza, il che la distoglie da quei rapporti di causalità che costituiscono il vero nocuo del ragionamento. Così gli infermi, senza mostrarsi separati dalla realtà e ancora ben lontani dal delirare, formulano giudizi superficiali, frivoli o imprudenti, per quanto esenti da assurdi. Fra questi malati si trovano i facili verseggiatori, i declamatori, gli improvvisatori di cavilli e di calembours, e in generale tutti coloro che si lasciano trascinare dalle associazioni verbali, sacrificando l'associazione logica delle idee all'associazione puramente fonetica delle parole, cioè ad un'analogia fra le più accidentali. Questa tendenza, che nell'accelerazione leggera dei processi ideativi si limita a suggerire digressioni frequenti, aumentando la *logorrea*, assume addirittura il *vaniloquio* quando l'accelerazione è massima e i giuochi di parole si sostituiscono interamente al ragionamento. Nondimeno il vaniloquio per sovrabbondanza d'idee ossia per *defect* è un fatto raro, e più apparente che reale. I suoi caratteri sono ben diversi da quelli del vaniloquio anenziale o confusionale, che infatti è sempre accompagnato da seminconscienza e supera di poco la cecità normale, anzi il più delle volte lo sta al di sotto.

Un singolare effetto della soverchia rapidità associativa è l'*illazione patognomonica* (impropriamente chiamata delirio patognomonico). Il malato, quasi sempre un maniaco o un acuto, crede di ravvisare vecchie conoscenze in persone che vede per la prima volta, le apostrofa confidenzialmente col falso nome, ma, ammonito del suo equivoco, lo riconosce quasi sempre senza difficoltà. La possibilità d'un simile errore è tutt'altro che esclusa nelle persone normali, ma in tal caso è necessario il concorso della così detta

attenzione aspettante ossia d'una sorveglianza affettiva. Quando aspettiamo con qualche impazienza in mezzo alla folla un amico che ritarda all'appuntamento, è facile che la rassomiglianza anche lievissima d'un passante qualunque ci procuri per un momento l'illusione di veder arrivare l'amico: evidentemente la rappresentazione mentale di colui che aspettiamo si fonde, in sintesi frettolosa, coll'immagine attuale e parzialmente simile del passante ignoto (che ha comune coll'amico la statura, l'incasso, la barba o il cappello): e si ha così un'anticipazione di giudizio che dà origine all'errore. Nei maniaci con accelerazione dei processi ideativi l'esaltamento affettivo, ispirando ai malati una grande confidenza in sé stessi, fa le veci dell'attenzione aspettante e conduce frequentemente ad illusioni polingnostiche del tutto caratteristiche, per esempio davanti ad una scolaresca numerosa.

Il rallentamento dei processi ideativi è spesso congiunto alla sofferenza psichica, come nella melanconia. Però il grado di lentezza nell'associazione delle idee non è rigorosamente parallelo al grado della sofferenza psichica. Anche gli stati d'insensibilità affettiva o di apatia, che caratterizzano il mixedema e certe forme d'amenia attenta, si associano comunemente ad un ritardo dell'ideazione, che non la rende per nulla a quello dei melanconici, ed anzi in questo suo intimo legame con l'indifferenza sentimentale guadagna proporzioni quasi incredibili, fino a richiedere dieci o venti secondi per la risposta monosillabica a domande fra le più semplici.

La lentezza delle idee non determina errori diretti nella loro natura o nel loro ordine, ma può favorirli, perché non è senza influenza sull'estensione e sul contenuto del campo ideativo. Quando il corso delle idee è rallentato, non si ha mai quella dispersione dell'attività psichica che si è notata negli stati d'acceleramento, e che talvolta conduce a propositi inopportuni o poco seri; ma d'altra parte, siccome una certa porzione degli avvenimenti esterni sfugge all'attenzione dei malati, questa riduzione dei loro processi percettivi rende più difficile la compensazione delle lacune e la rettificazione degli errori, se vi ne sono.

Mentre la celerità dell'ideazione spinge alla verbosità, il suo rallentarsi induce a parlar poco, con lunghe pause ed esitazioni, a voce sommessa e soltanto in seguito a stimoli molto vivaci oppure ad interrogazioni categoriche ed insistenti. Questi fatti si osservano spesso negli alieni attenti e qualche volta, in grado superlativo, nei melanconici: sui quali, del resto, più che la lentezza delle idee, agiscono altre cause, come il timore, la vergogna, il dolore, che inutilizzano meno il pensiero che la parola.

IDEE PREVALENTI.

Un'idea completamente isolata non è mai patologica in sé stessa. A stretto rigore non esistono alterazioni delle idee che possano ricrirsi esclusivamente al loro contenuto. Infatti la fantasia ci permette di raffigurarci qualunque idea od immagine, anche le più insulse o le più assurde, senza uscire dai limiti dell'ideazione normale: basta all'uopo che tali immagini o tali idee rimangano allo stato di semplici rappresentazioni mentali.

I limiti della normalità vengono oltrepassati quando le idee puramente fantastiche contraggono rapporti anomali col pensiero coordinato, ciò che altera il loro valore logico. Quest'alterazione avviene in due maniere: 1.^a quando un'idea inutile, diventando oggetto d'una preoccupazione intemperata, fa pressione continuata e sistematica sui processi logici, e così indebolisce o compromette la loro successione naturale; 2.^a quando certe idee, che si trovano in evidente contraddizione con la realtà, diventano materia di certezza o di dubbio, falsando in modo incontestabile e grossolano i risultati dell'attività logica. Nel primo caso i malati ragionano a sbalzi, tempestosamente, ma non sono né alogici, né illogici; nel secondo caso ragionano male, sono decisamente illogici.

Sotto questo aspetto si sogliono prendere in considerazione due specie di fenomeni psicopatologici: le idee fisse e le così dette idee deliranti (meglio concezioni deliranti). Fra le une e le altre vi sono non poche e profonde differenze, il cui antagonismo costituisce una nozione fra le più precise e le più precise della psichiatria, ma anche alcuni caratteri comuni che WERNICKE consacrò nella denominazione unica di idee prevalenti (*überwiegende Ideen*). Tanto l'idea fissa come la concezione delirante brillano di luce propria in coscienza più o meno lucida, dove non trovano e non portano mai uno scompiglio totale; anzi diventano centro d'irradiazione ed una sindrome sistematica, poco variabile, e d'altra parte così circoscritta, che non senza ragione ha potuto ispirare il concetto della pazzia parziale (monomanià) ora quasi interamente abbandonato.

IDEE OSSESSIVE.

È merito di WESTPHAL (1871) d'aver messo in rilievo il diversissimo valore psicopatologico delle sindromi che riunivano ancora superstite nel suffragio delle antiche monomanië, contrapponendo le idee fisse alle concezioni deliranti. Col nome d'idee fisse o *Zwangsvorstellungen* (WESTPHAL), idee costate (BROUCLA), idee incoerenti (TAMBURO), idee ossessive (PITHEX

a Rifarsi), tutti assai espressivi ed equivalenti, s'intendono certe rappresentazioni che per il loro contenuto non avrebbero nulla d'inusitato o tantomeno di morboso, ma che acquistano valore morboso per l'insistenza spasmodica con cui s'intramettono abitualmente, come un *tic* identico, nel corso naturale del pensiero. Le idee ossessive (per lo più in numero d'una o due) non nascono dal ragionamento e non riescono a penetrarvi; hanno il potere d'interromperlo, ma non di corromperlo; sono e restano allo stato di rappresentazioni alogiche e costanti, che appena comparse dovrebbero svanire per mancanza d'utilità e d'interesse; eppure ritornano, forzando e ingombrando il campo della coscienza, spettri benanti ed ostinati, qualche volta respinti con successo, ma sempre pronti a nuove invasioni. Queste apparizioni disturbano più specialmente i processi logici, in mezzo ai prodotti dei quali figurano come un corpo eterogeneo, che non può assimilarsi, e che perciò non giungerà mai a formar parte integrante della personalità psichica, anzi si troverà con essa in aperto conflitto. Vincitrice o vinta, a seconda dei momenti, l'idea fissa non fa che guadagnare di forza ad ognuna di queste battaglie; nasce e vive del suo contrasto con la personalità del malato; e non tramonta che appunto quando cessa ogni ragione di contrasto. L'espressione *folie du délire*, con cui è stata descritta una modalità speciale d'idee fisse, si adatta non bene anche a tutte le altre, appunto perché il *délire* non è in sostanza che l'espressione logica d'un conflitto interiore.

Per conoscere il meccanismo di formazione dell'idea fissa bisogna approfondire i suoi rapporti con la personalità del malato. In che consiste il contrasto? Nel fatto che l'idea ossessiva non è voluta. E perché non è voluta? Perché è riconosciuta sterile e vana. Tuttavia l'idea fissa persiste e il contrasto si rinnova; perché? Perché essa è alimentata da una forza cieca, incoercibile e perenne, che la rende insalutale; e questa forza, che costituisce la causa più remota e fondamentale del fenomeno, è uno stato passionale.

Non si deve dimenticare che le idee ossessive assumono quasi sempre la forma d'una monofobia; per lo meno sono facilmente riducibili al concetto di fobia. L'*agorafobia* o *Platzangst*, è il timore di cadere attraversando senza sostegno una piazza (*Wüstplatz*); la *claustrofobia*, al contrario, è il timore di soffocare negli spazi chiusi (*Enge*), per esempio nei tunnel; l'*aerofobia* è la paura delle altezze (*Hohe*); l'*erentofobia* la paura d'arrossire (*Pyres* o *Röte*); la *deformofobia* quella di diventir deformati (*Maiselle*); la *patofobia* è l'angoscia di chi, stando bene, annuncia in maniera continua ed incoercibile l'eventualità d'una malattia; la *infatofobia* è il terrore del seppellimento prematuro per morte apparente (*Maiselle*); la *misofobia* è l'orrore, commissionato o tormentoso, del con-

tutti sulci (Hastmosa), della polvere che copre gli oggetti, del cenio che l'ha sporcata, della mano che ha afferrato il cenio, del guanto che ha calato la mano, e così via all'infinito.

Altre forme d'idea ossessiva, solitamente non prelatano il nome di follia, sono cose particolari di parafobia, perchè analizzando si scopre che la causa ispiratrice è il timore di poter impazzire improvvisamente. Questo timore può concentrarsi in una particolare azione psicopatologica, in cui rappresentazione, appunto per la ripugnanza che inspira, risuona più vivamente il meccanismo del contrasto e diventa il tema immediato dell'ossessione. A questo modo, ciò che come l'espressione d'una follia, si spiegano in parte le così dette nevrosi ossessive ispirate degli autori trattati. Vi sono malati devoti e virtuosi, e in pari tempo lucidi, che appunto pel timore di non riuscire a reprimere un peccato od un crimine da cui aborriscono si sentono spinti a contenterlo, per esempio a bestemmiare in chiesa, ad adorare il diavolo, ad uccidere, ad suicidare (Cauter).

Altri, meno tragicamente, non possono trattenersi dal contare tutto ciò che è suscettibile di numerazione — ossessione aritmetica; dal porre a se stessi problemi metafisici e infiniti — ossessione interrogativa, ossessione del perché, *Gründende* (Gangstanz); ciò che poco felicemente si dice anche delirio metallico o paranolesia erodotica (Mischke). Anche in questi casi è evidente lo stato di preoccupazione da cui parte l'idea fissa; tutta la sua insistenza e incertezza deriva dal dubbio che hanno i malati di non saperla dominare, dubbio che in ultima analisi non è altro che una nevrosi.

Molti nevrotici e normali, sotto l'influenza d'un dubbio oscuro sulla propria capacità a certe funzioni psicologiche, sono condotti ad un'impotenza relativa appunto nei momenti, e in quei momenti soltanto, in cui il compimento della funzione sarebbe più urgente e più desiderato. Si hanno così varie forme d'impotenza psichica per suggestione, fra cui è singolare l'incapacità oratoria di certi scrittori facili e rapidissimi. Un caso particolare di *folie verbale* (Curavis) è la balbuzie improvvisa che incoglie predicatori e insegnanti, ma solamente durante le loro conferenze o nella prevenzione di dover parlare davanti ad un uditorio. Vi è parimente un'invalidità alla minzione *in publico*, che è ispirata dalla follia atavica del pudore; e un'invalidità alla minzione solitaria che, basandosi sulla paura tutta moderna di non evolvere in tempo, non sorprende i soggetti che in viaggio, durante la breve fermata d'un treno o in altri frangenti dello stesso genere.

Un campo fertile di folie complicate è quella delle funzioni genetiche. L'ovulazione, molto più spesso, l'erezione possono mancare pel semplice timore dell'insuccesso, timore che in alcune persone è abituale e incute

rabile, senz'essere affatto giustificato dalle condizioni effettive dell'apparato sessuale. Questo stato d'animo è assai penoso non solo per le perversioni che impone ad un istinto ingeneroso, ma anche per le utilizzazioni che minaccia all'uomo proprio. Spesso i malati cercano d'ingannare gli altri, se non se stessi, ostentando scrupoli estetici, morali od igienici che non hanno. In realtà la loro astinenza non è figlia né dello scrupolo, né dell'indifferenza, ma del vivo desiderio di *rimanere* unito alla viva paura di *non rimanere*. Questa condizione patetica di dubbio angoscioso diventa tanto più irrimediabile quanto più è suffragata successivamente da esperienze infruttuose; ma in origine è sempre determinata da una monodina gratuita o puramente a priori. Una prova decisiva che il dubbio è irragionevole e in opposizione con la validità funzionale dei soggetti ci è data da quelle solite specie d'impotenza psichica che si manifestano sistematicamente solo di fronte a certe circostanze, a certe donne od a certe classi di donne.

Questi fatti clinici non hanno nulla di comune coll'orrore della donna o con altre simili aberrazioni dell'istinto sessuale, perché non consistono nella deficienza o nel perversimento degli ideali erotici, ma semplicemente nell'impotenza — vera o temuta — di realizzarli. Ed una tale impotenza è qualche volta in ragione inversa del desiderio. In altre parole, l'alterazione non interessa direttamente l'istinto sessuale, che in genere è corretto e tutt'al più un po' acuto; ma scaturisce dalla sua interferenza con la fobia corrispondente.

Ognuna di queste fobie contiene sempre due elementi costanti o caratteristici. Anzitutto, l'idea fissa che ne è l'oggetto si riferisce ad avvenimenti possibili; in secondo luogo essa si rinnova senza posa, benché d'altra parte gli avvenimenti pensati sono estremamente improbabili. Per la loro possibilità teorica le idee ossessive si presumono in cervelli relativamente sani; per la loro impenetrabilità vengono riconosciute per morbose e quindi conflittuali. Dando mai traggono la tenacia combattiva per cui gli psicopatici e tengono il campo della coscienza, malgrado le resistenze della ragione e della volontà?

La chiave del fenomeno è appunto lo stato emotivo, come fa ben dimostrare da Prioux e Ricos. Si tratta di un'iperossia specializzata dell'affettività, che ha per base una *moderata* paranoia e che si risolve in una *moderata*. La timidezza paranoia può essere costituzionale od acquisita, ed è il sentimento finale e fantastico, o per lo meno assai esagerato, d'una impotenza personale. Per camminare, per respirare, per cedere allo scuro, per mantenersi in equilibrio, per inhibire il rossore della vergogna, per crescere regolarmente, per non ammalarsi, per non soffrire, per non lasciarsi seppellire vivi, per non toccare assolutamente nulla d'immondo,

ci vuole una *forza*, o una *fortuna*, o un'attenzione, che possono benissimo mancare. La paura morbosa d'una simile mancanza fa dunque *sentire* come probabile, anzi come imminente, ciò che la ragione del malato e quella degli altri sono d'accordo nel giudicare come semplicemente possibile. Se si compone il dissidio fra il sentimento e la conoscenza, se il pericolo è sentito affettivamente nella stessa misura con cui è apprezzato intellettualmente, l'idea ossessiva scompare. E infatti: o l'idea è tenuta come merita, cioè assai poco o punto, e in tal caso perde ogni carattere patologico, non si ripete più e rientra nel novero delle idee comuni, ciò che significa la guarigione; o l'idea comincia a venir apprezzata in ragione dei timori che desta, cosa come obiettivamente non meriterebbe, e in questo secondo caso il suo carattere patologico è completamente salito, essa non è più un'ossessione, ma un vero e proprio delirio o la frazione d'un delirio, ciò che indica uno stato psicotico del tutto differente.

Perchè gli stati ossessivi risultano da una disarmonia costituzionale o transitoria, fra l'intelligenza e lo stato affettivo, in quest'alterazione di rapporti, la parte patogenetica che spetta allo stato affettivo è di gran lunga la più importante. L'intelligenza non fa che fornire dapprima il tema dell'ossessione e contrapporre di poi quella resistenza logica, che è ufficio ineludibile d'una mente normale. È il carattere che produce l'ossessione sta le sue intenzioni paurose. L'errore sta nel pigliare sul serio un'idea teorica e indifferente, nata nella pensumica del pensiero logico, sta nell'aver paura, non già nel pensare astrattamente quell'idea o tanto meno nel condannare come insensata quella paura. E infatti l'intelligenza degli ossessionati non è soltanto lucida, ma conserva quasi sempre il tipo e l'energia fisiologica; gli ossessionati non sono che dei pusillissimi. La loro infermità dovrebbe studiarsi dal punto di vista sentimentale e trattarsi come un'alterazione affettiva. Ma siccome si riferisce a timidezze del tutto generali o specializzate, le quali hanno per materia un'idea o non possono descriversi che in termini ideativi, così è indispensabile, per distinguere tutte queste paure, di designarle secondo il loro contenuto rappresentativo e di riguardarle come irregolarità dell'ideazione.

Accade qualche volta anche a persone normali di non riuscire a scacciare dalla coscienza un'idea importuna. Spesso quest'azione pervertitrice proviene da una frase musicale che ci ritorna nella memoria con la molesta insistenza d'una ronzina, fino a sovrapporre la nostra attenzione volontaria. Spesso è l'idea di un'azione improvvisa, contraria al nostro egoismo e suggerita da una situazione che la renderebbe assai facile per poco che la volontà ne secondasse l'esecuzione: così, trovandoci affacciati al parapetto d'un belvedere, ci balena ripetutamente l'idea di precipitarci;

contemplando una macchina potente, sentiamo lo strano impulso d'introdurre la mano fra gli ingranaggi d'una lucida ruota in movimento. Il fascino insidioso di queste idee ossessive non deriva da un perversimento dell'intelligenza; esso è il prodotto d'una vivacità momentanea che è inaspettabile al carattere, ossia ai sentimenti ed alla volontà. È il carattere soltanto che può offuscarsi così; e ciò avviene per effetto della stanchezza o di un'alterazione effimera della sensibilità; mentre l'intelligenza, non soggetta a fatica e lieta dell'inesauribile tributo che le portano i sensi specifici, ignora per sé queste «luci» e non trasliga che quando è decisamente deformata o profondamente scordita.

Le ossessioni fanno divise in tre gruppi: 1.^a intellettuali o puramente rappresentative; 2.^a emotive, cioè con la complicazione d'uno stato affettivo; 3.^a impulsive con suggestione ad un atto. In realtà anche le più differenti fra le idee inservibili ricevono dalla loro incoerenza, o meglio dalla coscienza che ha il malato della loro incoerenza, un colorito emotivo che, come abbiamo dimostrato, è la vera causa dell'ossessione. Persino l'ossessione antisociale o l'ossessione interrotta, che sono certamente fra le più inflessive, perderebbero il loro sapore psicopatico e la loro tendenza a rinnovarsi, se non fossero accompagnate da un certo grado d'orgasmo. L'intensità e la gravità dell'ossessione non dipendono dalla natura del contenuto rappresentativo, quanto piuttosto dalla frequenza con cui si ripresentano gli attacchi. Una rappresentazione indifferente ed un inquieto impulso, come quello di lavarsi le mani (micofobia) o di guardarsi allo specchio (obsessivofobia), provocano, se spossaggiano, una reazione e talvolta una disperazione assai più vive di certe ossessioni terribili o criminose che si riproducano a lunghi intervalli. Contro quest'ultima si possono mettere in opera, per iniziativa degli stessi malati, impedimenti materiali che non valgono di fronte alle pure rappresentazioni: per esempio, vi sono ossessionati che si presentano da sé stessi al manicomio od alla carceri, che si fanno legare o sorvegliare dai loro parenti, che nascondono di propria mano tutte le armi per non essere tentati d'assordire.

Ciò posto, non è il caso di distinguere le ossessioni in più di due gruppi. Le ossessioni semplici si mantengono nei limiti di pure rappresentazioni inservibili; le ossessioni complesse contengono un impulso ad azione (icidio, infanticidio o omicidio), e non sono che un corollario delle rappresentazioni. Non per questo è da riguardarsi come un'ossessione qualunque impulso morboso. Al contrario, gli impulsi morbosi come si verificano negli incoscienti, negli epilettici, nei maniaci, nei paranoici, nei dementi non sono punto d'origine ossessiva: da questi impulsi improvvisi l'autore esplode automaticamente, senza contrasti, senza coscienza, senza pen-
 <
 >

siento o ricordo eccessivo. Meritano invece il nome di vere insipiscenze ossessive soltanto quelle autosuggestioni che si rinnovano con estenuazione sostenibile, che sono valutate per morbose dagli stessi malati e che suscitano una ripugnanza ed uno sgomento insufficienti ad evitare il ritorno della rappresentazione, ma quasi sempre bastevoli a reprimere l'esecuzione dell'atto. Purificare queste ossessioni coscienti, siano seguite o no dall'azione, agli impulsi affatto ciechi degli epiletici e degli amori, o peggio ancora raggiugarle alle gesta dei criminali, che operano più o meno freddamente in piena conformità colle tendenze ordinarie del proprio carattere, significa confondere in una premiscuità caotica i fenomeni più disparati.

Un esempio assai chiaro d'idee ossessive e d'impulsi ossessivi riuniti nella stessa persona e procedenti successivamente da una causa comune fu descritto da Morellet nel 1889. Una giovane sposa in preda all'ossessivismo nervoso del suo primo parto osservava con fastidio e ribrezzo il proprio marito che «ogni giorno consumava un paio d'ore a tagliuzzare con le forbici la carne per suoi puppagnuoli. Dappresso l'immagine di questa scena quotidiana si scolpì nella mente stanca della puerpera alla stua di un'ossessione semplice e degiata; ma dopo qualche tempo essa si trasformò in un'ossessione impulsiva ed orribile. L'innalzata, conscia della sua infermità mentale, si sentiva trascinata ad adoperare le stesse forbici per tagliare la lingua al bambino che adorava; ma fu separata dal neonato e guarì.

Le ossessioni sono legate più che ad ogni altra psicosi alla nevrosenza costituzionale, di cui formano un elemento fra i più caratteristici; e in tal caso è veramente straordinario la tenacia con cui persistono, qualche volta per tutta la vita; e stranissimo, è vero, ma per colere il posto, ad altre idee parimenti ossessive, ciò che attesta l'esistenza d'una vera *disposizione d'ossessibilità*, che è poi tutt'uno con la nevrosenza costituzionale nelle sue incarnazioni le più scultorie.

Un'altra sorgente d'ossessioni, ma meno diretti, è la nevrosenza acuta che accompagna in forma episodica i primordi di certi gravi processi nocefalici come la *paralisi progressiva*, o decorre parallela alle ossessioni della *tra polmonare* o della *tife dorsale*, o segue il periodo letargico delle malattie tossiche ed infettive. Ricordò un malato di *paralisi progressiva*, che aveva sofferto di sifilide quindici anni prima, e che per quattro anni di seguito non presentò che crisi claustriche (paura dei chiusi) e patofobiche (paura dei cani e della rabbia), travolte e distrutte coll'avanzare del processo paralitico.

Ossessioni più o meno effimere e numerose s'incontrano anche nell'ossessivismo. Nella nevrosi vi sono per lo più così intimamente mescolate con dubbi e convinzioni deliranti, che rimane un po' ambigua la loro vera natura.

Per tutte le ragioni che abbiamo sviluppato, bisogna escludere la possibilità di vere idee ossessive in quelle malattie mentali che sono accompagnate da ribrutazione anche lieve della coscienza. La *paranoia*, che è così frequente nelle forme di melanconia angosciata e che così di sovente prelude al rapto o ad altre fasi confusionali con gravi alterazioni della coscienza, non è a rigore di termini una *folia*, perchè la paura di tutto non lascia alcun posto alla reazione critica, che è tanta parte dell'ossessione e che è possibile solo nei casi in cui il pensiero logico sia disturbato, ma non sospeso.

Malgrado l'espressione di *paranoia rudimentaria* o *paranoia abortiva*, con cui si è cercato di battere l'anomalia peculiare delle ossessioni (che in fondo non è altro che nevrosi, per lo più costituzionale), si deve ritenere inalterata la metamorfosi delle idee *fase in esecuzioni deliranti*. Perciò le idee ossessive non si ritrovano mai o quasi mai nella *paranoia*, che anzi costituisce una garanzia d'innuità di fronte a tutte le manifestazioni di nevrosi. Il cervello d'un *paranoico*, facile alle conclusioni precipitose e presentuose, non è terreno adatto alle esitazioni spasmodiche che generano, accompagnano e rinfrescano le rappresentazioni incerti e titol.

Quei malati nei quali è stata notata la successione delle ossessioni o delle convinzioni deliranti, e si è creduto di scorgere un processo di proliferazione dalle une alle altre, sono in generale *dementi giovani* o *degenerati*. Ma in questi casi l'origine dei due sintomi è indipendente: l'idea ossessiva è figlia della nevrosi prodromica che spesso apre la scena della demenza giovanile; l'idea delirante (parafrenica o delirio) od un'ossessione che una vera convinzione nasce invece quando la nevrosi è svanita, come espressione della decadenza mentale.

Un giovane di 18 anni ammalato coi sintomi della nevrosi. Per vari anni soffre di parestesie, dimagrisimento, grande facilità alla stanchezza muscolare e mentale, insomnie, irascibilità e fobie diverse. Ha orrore dei metalli, anelli, spilli, monete, rasoi, cesoie, e si lascia crescere la barba, i capelli e le unghie piuttosto di tollerarne il contatto; teme l'elettricità ed il fulmine, ed è preso da inquietudine alla vista d'un rocchetto od alla minima minaccia di pioggia; finalmente è disturbato nei propri studi, e cui attende col massimo impegno, da una cianfruscia indolente ed antica della mano, che costituisce la sua ossessione più continua, malgrado qualche trattamento anestetico ed anche dopo la correzione chirurgica. Dopo circa tre anni il quadro è mutato completamente: il malato è grassissimo, si dichiara una *degenerazione giovanile* con apatia ed incontinenza delle feci, e le fobie sono del tutto scomparse.

La presenza d'idee ossessive ha una notevole importanza per la diagnosi. Questo sintomo è incompatibile con la massima parte dei disordini mentali più profondi, come l'incoscienza, l'incoerenza, lo stato confuso-

mole, il delirio sistematizzato, ed anche con certi disordini lievi, come l'acceleramento dei processi ideativi. Date tutte queste incompatibilità, l'ossessione non si presenta che in un numero strettissimo di malattie: 1.^a nelle psicosi lucide, come la nevrosi costituzionale, l'isterismo e la melanconia di lieve grado; 2.^a negli episodi nevrotici di quelle malattie che, esacerbandosi, possono portare qualche leggera perturbazione psichica, come sarebbero la febbre dorsale o la tisi polmonare; 3.^a nel periodo lucido e non ancora definito di certe psicosi involutive come la paralisi progressiva e la demenza giovanile, che, appena acquistano la propria fisionomia caratteristica, lasciano per strada l'ossessione. Se le idee ossessive non tollerano il contornio d'altri sintomi psicotici, tranne la depressione affettiva, è ben difficile che vadano accompagnate da alterazioni della sensibilità e della vita vegetativa. Questi indizi bastano quasi sempre a stabilire la malattia che sta a base dell'ossessione.

CONVINZIONI DELIRANTI E IDEI DELIRANTI.

Il vero contrapposto clinico dell'idea ossessiva è la convinzione delirante. Mentre l'idea ossessiva è oggetto di dubbi più o meno angosciosi, la convinzione delirante è materia di certezza dogmatica. L'ossessionato è un esitante e sa di essere annichito; il delirante è un intrasigente che non ammette discussioni né sulle proprie credenze, né sul proprio stato mentale. L'uno non è in dubbio che con sé stesso; l'altro è in guerra aperta ed evidente con la verità e quindi con l'opinione di tutte le persone normali. L'idea ossessiva nasce e rimane fuori della personalità coerente del malato che la combattono senza tregua come un elemento intruso; la convinzione delirante nasce dal nucleo più intimo della personalità, la compenetra come un suo elemento integrante e finisce col signoreggiarvi.

L'espressione più completa della convinzione delirante è raggiunta dai paranoici. Questi malati prendono a norma di condotta opinioni fantastiche che sono suggerite dalla passione ed accettate senza alcuna verifica. La loro credulità e la loro cocciutaggine sono circoscritte all'argomento del delirio, mentre nelle altre materie i giudizi del malato non si allontanano dalla norma. Perciò il carattere irrazionale dell'idea delirante non proviene soltanto dal suo contenuto strano, ma soprattutto dalla fede cieca ed ardente che i malati vi attribuiscono. E infatti le convinzioni deliranti, poco numerose, sono collegate con una certa apparenza di logica, in modo da formare un contesto che prende appunto il nome di delirio sistematizzato.

L'argomento dei deliri sistematizzati si riferisce sempre agli interessi personali e fondamentali dei malati: alla conservazione dell'individuo od

alla riproduzione della specie. Così si spiega l'uniformità di questi deliri, che infatti sembrano copiati da un malato all'altro sopra non più di cinque o sei varianti, sempre le stesse in tutte le epoche e in tutti i paesi. E così si spiega anche la singolare verità con cui malati lucidi e non privi d'abilità dialettica possono piegarsi a credere di un'esultanza mafornale. Queste credenze appagano istinti e passioni poco distinte, ma profonde e prepotenti, che agguato per la loro intensità eccezionale non sono suscettibili d'alunamento nei rigidi termini della realtà esterna ed esorbitano nel campo dell'inverosimile.

Tutta l'attività biologica degli esseri organizzati è rivolta alla difesa dai nemici e dalle azioni nocive; anche gli atti aggressivi « d'offesa » non sono in fondo che un mezzo di difesa preventiva. Il *delirio di persecuzione* rappresenta un perversimento dell'istinto di difesa, una formula erronea ed abbreviata, ma precisa e chiara di quel terrore passivo che, aperto alla collettività, ha generato le superstizioni e le religioni degli uomini primitivi. I malati si credono vittime di vessazioni che, col cambiar di nomi e di meccanismi, non cambiano di natura: essi immaginano d'esser tenuti d'occhio, canzonati, accusati, avvelenati, stregati, violati nel loro corpo e nel loro segreto mentale per opera di personaggi ora reali, ora fantastici, ora riuniti in congreghe, gesuiti, massoni, saltimbanchi, stregoni, ora isolati, la regina, Bismarck, il sultano, il dottor Fritz, che applicano all'uopo mezzi naturali e soprannaturali, la fisica, i raggi Röntgen, il magnetismo, l'ormonoterapia, l'etere telefonico, le polveri psichiche, i fluidi esteriori.

Il *delirio persecutorio* non è che una sottospecie del *delirio persecutorio*: è la paura che indietreggia nelle sue ultime trincee a difesa dell'incolumità corporea. Il *delirio ambizioso* o *delirio di grandezza* è nell'osso un perversimento (in eccesso) dell'istinto di difesa, che si svolge in sensi aggressivi. Invece di crederse in stato di guerra guerreggiata con gli altri uomini o con la natura, i malati s'illudono, malgrado l'umiltà della loro posizione reale, d'essere rivestiti d'una supremazia trionfante, ed arrivano fino al cambiamento della personalità, a proclamarsi principi, dotti, santi, profeti, la Madonna, Gesù, la regina Salva, a insignirsi di cognomi aristocratici o di nomi inventati, Luigi XXX, Barbone I, Alessandro N. Selve la diversità della conclusione, ispirata in un caso al pessimismo, nell'altro all'ottimismo, tanto il perseguitato che l'ambizioso tradiscono la stessa preoccupazione paranoistica per la propria integrità e felicità individuale, la stessa tendenza alle interpretazioni egocentriche, lo stesso analogo di pensiero coi primitivi.

Il *delirio religioso* e il *delirio erotico* sono le due varietà più importanti del *delirio ambizioso*, i tipi involontari di quegli errori o di quelle allucinazioni

diti mentali che regnarono endemicamente nelle società primitive. I paranoici religiosi spremono le religioni tradizionali e predicano soltanto la propria, cercando d'imporre i freni piuttosto agli altri che a sé stessi. I paranoici erotici si figurano d'essere legati in matrimonio mistico con donne allucinate e inaccessibili, che non hanno mai visto o che non esistono.

I deliri sistematizzati sono in gran parte l'effetto d'una suggestione passionale. E appunto perchè le passioni fondamentali dell'uomo non subiscono che mutui mutamenti, suscita questa somiglianza di *frénésie* fra il paranoico e il primitivo; con la differenza che il paranoico se lo crea solitamente da sé stesso quando la passione si fa più intensa, mentre il primitivo lo riceve per tradizione e per contagio psichico in circostanze ordinarie.

Un'espressione specifica della difesa e dell'offesa insieme si rinviene nel *delirio di pretesione* o *delirio dei querelanti*, che, credendosi minacciati nei propri diritti, si trascinano da tribunale in tribunale, ed esauriti i precedenti legali, si trovano in contrasto coi poteri costituiti o colla società intera: esempio tipico di perseguitati perseguitatori. Talvolta il delirio di pretesione scompare e ricompare periodicamente nella fase mancata delle psicosi cicliche.

Malgrado il loro tema altruistico, s'ispirano ad un ridicolo egocentrismo anche i deliri pseudo-scientifici, inventori, inventiferi, utopisti, notabili di quei miti che nella loro superbia indipendente dal senso comune si dimostrano individualisti non meno accaniti dei paranoici con delirio personale.

Un delirio esaltante, che spesso si associa a quello di persecuzione o prelude a quello di grandezza, fu ben descritto da Calverton sotto la denominazione molto appropriata di *delirio di difesa*. Fra i perseguitati puri, che hanno soltanto dei nemici, e gli ambiziosi genuini, che hanno soltanto dei vassalli, i paranoici con delirio di difesa adottano una posizione intermedia, immaginando di fronte ai propri nemici una serie di *offesi*: la classe medica, le dame dell'aristocrazia, i signori, gli spiriti benefici, Giovanna d'Arco, la regina d'Italia, l'imperatore.

Le convinzioni paranoiche, quando raggiungono il loro pieno sviluppo, conducono al cambiamento della personalità: i malati si credono dotati d'una nuova personalità, sempre superiore alla vera, o di due personalità simultaneamente. Con la stessa inmodestia, ma senz'alcun lavoro precedente dell'immaginazione, il delirio di mutata personalità si presenta anche in altre psicosi sotto forma paranoica.

Tutti questi deliri, che formano il ciclo classico della paranoia, sono spesso animati da allucinazioni uditive, gustative, olfattive, più di rado visive.

Le allucinazioni possono precedere le convinzioni deliranti od anche seguirle; ma è ben difficile verificare s'esse ne siano piuttosto la causa o l'effetto. Per lo più i due fenomeni sono indipendenti, e l'unico loro legame psicogenetico consiste in questo, che le allucinazioni, qualunque ne sia l'argomento, hanno il potere di radicare il delirio. Infatti, col loro fascino misterioso, esse famigliarizzano sempre più i malati con gli orizzonti del soprannaturale e spingono gli ultimi ostacoli alla fede nel falso.

Probabilmente le idee prevalenti (ossessioni o deliri) provengono da un'iperestesia morbosa dei centri ideativi. Quest'iperestesia può viva le idee in modo da renderle spasmodiche come nelle ossessioni o da circondarle con l'aureola d'una falsa certezza, come nelle convinzioni deliranti. Dipende dall'affinità o dalla repulsione col complesso delle tendenze sessuali se l'idea prevalente sarà accolta come una convinzione o combattuta come un'ossessione.

Del resto il più delle volte le allucinazioni e i deliri si presentano di conserva, benchè tra l'uno e gli altri possa mancare un legame logico. Questa simultaneità è di regola negli stati confusionali di semi-scienza.

Una simile spiegazione non sembra di primo acchito applicabile ai casi che stiamo discutendo di delirio lupo e canoscinto. Infatti, data un'iperestesia dei centri ideativi, tutte o quasi tutte le idee dovrebbero assumere carattere d'ossessione o di convinzione delirante, il che non avviene che nei casi di gravissimo disordine ideativo. Anzi si verifica nei paranoici e in molte altre categorie d'idioti una parzialità di manifestazioni così solida e costante, che le ossessioni e più ancora i deliri non si svolgono mai all'indomani del repertorio che abbiamo ricordato. Ciò avviene perchè la metamorfosi patologica che imprime ad una rappresentazione qualsiasi il marchio dell'ossessione, del dubbio o della certezza delirante richiede, oltre all'iperestesia dei centri ideativi, anche il concorso del sentimento. Sono i sentimenti di diffidenza e d'ambizione che, portati ad una qualcosa od enorme intensità, risvegliano l'iperestesia dei centri ideativi solo in favore di quelle percezioni od idee con cui armonizzano, e così danno luogo alle ossessioni, ai deliri sistematizzati, ossia ad una serie di disordini ideativi il cui argomento è chiuso fra limiti determinati.

La partecipazione del fattore sentimentale si scorge con incontestabile chiarezza in quei deliri che, all'indomani della paranoia, compaiono transitoriamente nei melancolici come effetto della depressione affettiva. I melancolici, che la malattia rende indifferenti ed umiliati, si abbandonano a convinzioni o dubbi conformi al loro stato sentimentale. Si fanno così i deliri di persecuzione, di colpa, di peccato, di auto-rinuncia, di danno

altro agli interessi altrui, che fioriscono durante l'acme del processo melancolico, ma si dissipano come schiuma al sole al primo ricomporsi dell'affettività.

D'altra parte, non tutti i melancolici delirano. Vi sono ammalati che, nel massimo imperversare della melancolia, conservano intatta la lucidità di ogni loro giudizio. Ciò significa che nei melancolici-deliranti accanto al fattore sentimentale opera un coefficiente intellettuale. Solo per una speciale ricchezza dell'intelligenza l'idea ricevuta dal dolore e dall'avvilimento si mette in grado di contrarre tali rapporti col patrimonio delle idee abituali, da convertirsi in convinzione delirante; senza di che l'idea prevalente rimarrebbe allo stato d'una semplice ossessione. In altre parole, non delirano — fra i melancolici — che coloro i quali hanno sortito una costituzione paranoica, per quanto latente ed incompleta. E infatti i loro deliri, non avendo per base un'intelligenza decisamente paranoica, si mantengono piuttosto nella sfera del dubbio che in quella della convinzione. Mentre la convinzione delirante fa apparire come certo un fatto incredibile, il dubbio delirante lo fa apparire come semplicemente possibile, con minore, benché sempre grave sfregio della logica. Così il dubbio delirante è qualche cosa d'intermedio fra la convinzione delirante e l'idea ossessiva, di cui divide in parte il carattere spugnoso.

Nel melancolico delirante è evidente il fattore sentimentale del delirio, mentre il fattore intellettuale rimane latente. L'inverso accade nei paranoici, dove la costituzione intellettuale è originariamente e volentieri monomane, mentre i sentimenti di diffidenza e d'ambizione operano, per così dire, nell'ombra e talvolta non si sospetterebbero, se non si rivelasse il delirio.

Questa doppia origine dei deliri si mostra a nudo in quei paranoici la cui vita mentale, per l'azione dissolutrice e semplificatrice della malattia, lascia sorgere facilmente il guasto dei suoi processi. Da un lato, quasi tutti i paranoici sono alterati nel loro stato affettivo — o per massima euforia o per massima depressione; — dall'altro sono sempre privi di critica pel progressivo processo demenziale a cui va incontro l'intelligenza. Perciò, appena il paralitico soggiace all'iperestesia sensoriale e quindi affettiva che è l'effetto dell'agente mortale sui centri corticali, si manifestano col concorso dell'indebolimento intellettuale le nevrosi, il delirio esultante delle grandezze, il delirio persecutorio ed altre forme simili di deliri assai noti, frequenti e caratteristici. Per l'intensità del disturbo affettivo e per la vastità della dissoluzione intellettuale, questi deliri paralitici sono poi vari, più insistenti e più iperbolici di quelli che si riscontrano nei paranoici. E poiché l'alterazione sentimentale non è legata, come nei paranoici, colla costituzione psichica, ma con le acciden-

salità delle localizzazioni morbose, è naturale che nei paralitici i deliri abbiano durata effimera e una volubilità indefinita. D'altra parte i paralitici quasi, appunto perchè la loro intelligenza, per quanto diminuita, non è stimolata in nessuna direzione, dimostrano incoerenza, ma non deliri.

Una classe interessante di *deliri paranoici*, che si potrebbero allineare accanto a quelli se ora descritti della paralisi progressiva e della melancolia per la loro transitorietà, si riscontra già o meno episodicamente nel decorso di parecchie altre malattie dei centri nervosi: nell'isterismo, nell'epilessia, nell'imbecillità, nell'alcolismo, nella nevrosi, nella demenza senile, ma soprattutto nella *demenza paranoica*. Mentre la massima parte di queste malattie non permette alcuna incertezza diagnostica per la natura affatto patognomonica degli altri sintomi che non s'osservano, la demenza giovanile, riconoscibile com'è a lunga scadenza per le singolari caratteristiche del suo decorso, induce facilmente ad equivoci. I deliri della demenza giovanile rassomigliano talmente a quelli della paranoia, che KRAEPELIN, avendo felicemente rilevato qualche piccola differenza, li aveva iscritti da principio ad una forma speciale di *paranoia fantastica*, distinta dalla *paranoia esaltatoria* (forma classica) per la minor coerenza; ma in seguito, vedendo l'analogia del decorso fra questi casi di *psicosi con delirio fantastico* e quelli già da lui designati come varietà etettiche e catatoniche di demenza giovanile, si decise a creare una terza varietà di demenza giovanile caratterizzata appunto dal *delirio paranoico*.

Convulsioni deliranti e dubbi deliranti, ma in forma fugace e sussultoria possono presentarsi in qualunque malattia, fase di malattia o sindrome che sia accompagnata da disturbi gravi della coscienza, ma in tutti questi casi al sintomo del *delirio stupore*, sovrachiusibile, quello del *disordine generale*: il dubbio delirante è smentito da ogni carattere angoscioso e diventa l'espressione di un'incertezza timida e confusa per imperfezione di dati; la *convulsione delirante* perde le sue pretese dogmatiche a base paranoica o paranoide, e si riduce ad un giudizio precipitoso per momentaneo parlamento dei rapporti reciproci fra le idee. E così dalle alterazioni qualitative delle idee si passa a quelle che riguardano la loro quantità e il loro ordinamento.

QUANTITÀ DELLE IDEE.

La quantità delle idee va considerata da un doppio punto di vista: statico e dinamico. Da un lato i ricordi e le sensazioni individuali, fissandosi

nel cervello allo stato potenziale, cioè come una riserva di processi rappresentativi che possono venir richiamati alla coscienza, in caso di bisogno, si compenetrano stabilmente con la personalità psichica, ne aumentano la complessità ed il valore, e costituiscono un capitale disponibile d'esperienza da cui si possono trarre infiniti frutti che sono a loro volta capitalizzabili. Dall'altro lato, il lento acquisto di questo patrimonio e l'uso continuo che ne facciamo richiegge un'operosità cosciente, in cui attuazione nei diversi momenti della vita avviene in misura assai variabile e quindi indipendente dal corredo delle idee patrimoniali.

Tanto le idee esistenti allo stato d'ecoconsentità, come quelle operanti allo stato d'evocazione in un dato termine di tempo, sfidano qualunque inventario, non solo pel loro grandissimo numero, ma anche per una serie di difficoltà intrinseche che renderebbero impossibile, e in ogni caso insignificante ed inutile, questa specie di censimento. Se però è utopistico il computo numerico delle idee, è abbastanza facile, e infatti si può praticare correntemente, una valutazione empirica ed approssimativa che ci permetta di quotare in ciascun individuo tutto il capitale intellettuale come il suo rendimento.

Ogni idea generale ha una diversa capacità proliferativa e quindi una ben diversa importanza nella gerarchia delle nostre nozioni; ma per essere utilizzata «sugli» il concorso di circostanze favorevoli che promuovano gli opportuni sforzi associativi e mantengano in circolazione la parte corrispondente di capitale.

Ciò si verifica più facilmente « più spesso quando il movimento cosciente del pensiero è in tutto il suo complesso più intenso e più scariato. Nel tiefsecolico che si trova sotto l'influenza d'una grave depressione sentimentale questo movimento è temporaneamente rallentato e circoscritto, benché intenso; perciò, « anche il patrimonio ideativo rimane quantitativamente inalterato, il suo rendimento è minore finché perdura lo stato di depressione. E se la depressione si prolunga indefinitamente, «abbenza un graduale deperimento. Nel manico, che agisce, parla e pensa sotto l'influenza dell'esaltamento sentimentale, si risvegliano, è vero, associazioni molteplici, vivaci ed insolite, che tenderebbero ad utilizzare la parte più dimenticata e più sterile del patrimonio ideativo, ma l'instabilità dell'attenzione dissipata sopra argomenti quasi sempre triviali impedisce i giudizi più elevati, che appunto richieggono analisi severe e continue. Perciò l'abbondanza di pensiero che talvolta si annida nei manuali costituisce un imbarazzo piuttosto che un segno ed una sorgente di maggior ricchezza.

Un giusto e felice equilibrio fra la ricchezza patrimoniale delle idee e la facilità di evocarle per mezzo di associazioni, è un elemento impor-

tanto nella personalità psichica, perché concilia il sapere e la potenzialità intellettuale con l'attività militante del pensiero. La *neorastenia*, costituzionale od epistola, vuol rendere più torpido il potere d'evocazione; e la coscienza di questo torpore accresce nei malati il sentimento già esagerato della propria impotenza. Molti individui normali, ma con tendenza neorasteniche, si trovano assai di rari nella pienezza della propria intelligenza, e per mobilitare con agio le idee disponibili che dormono nella loro mente hanno bisogno d'una commovente affettiva, come si verifica in quegli oratori che diventano eloquenti, efficaci e veramente estemporanei solo quando l'assenso o le interruzioni dell'uditore, variano lo stato abituale d'inibizione.

Il malessere cenesetico, le preoccupazioni ipocondriache, il leadismo creano infatti nei neorastenici una resistenza permanente e passiva di fronte ad un gran numero di processi associativi; e così si inutilizza, senza però distruggersi, una parte del loro capitale ideativo.

Le idee fondamentali che servono di norma direttiva ai nostri giudizi ed alle nostre deliberazioni non appaiono quasi mai in forma attuale e nulla alla nostra coscienza; eppure dobbiamo ad esse se i giudizi o le deliberazioni a cui ci commettiamo il nostro benessere riescono appropriati, salienti e conformi alla nostra personalità anche di fronte alle eventualità che si presentano all'improvviso e per la prima volta. Nell'apprezzare il valore psichico d'un individuo, bisogna tener presente il contenuto di queste idee supreme e la maggiore o minore solidità della loro coscienza. Se le idee fondamentali sono deficienti, erronee o mal collegate, si avranno delle personalità che, nonostante l'eralazione o la vivacità d'ingegno, dimostreranno *credulità*, *condanna* di convinzioni, mancanza di critica e quindi *predisposizione morbosa* a deliri più o meno diretti sotto l'azione di semplici squilibri affettivi, come quelli della melancolia e della mania, o di perturbazioni organiche, come la febbre, il dolore fisico, l'insonnia, l'assupimento. La così detta *degenerazione patologica*, l'*instabilità morale*, la *paranoia* non dipendono molte volte da altro che da questa parziale deficienza od anomalia od incoerenza dei criteri direttivi. Per mancanza di critica e di norme sicure, tutti questi degenerati, subacili morali o paranoici, se anche possono essere e di momento assai valuti nei giudizi e nelle decisioni ordinarie, finché le condizioni del loro animo e del loro corpo si mantengono normali, si smarriscono e delirano o delinquono di fronte a quei problemi ed a quelle cause perturbatrici a cui resisterebbero intelligenti meno ricche e meno brillanti, ma più solide, perché meglio dotate di criteri generali.

Il nostro sapere non è qualche cosa d'innabile, che si possa considerare separatamente dalle modalità della sua attuazione. Non solo in quanto

contiene il germe fecondo d'applicazioni ulteriori, ma anche in quanto è a sua volta la sintesi laboriosa d'idee antecedenti, esso non è che il condensamento statico di un'attività dinamica in istato di formazione continua, che sfugge a qualunque enumerazione. Il lavoro intellettuale che in idee generali presuppongono nel passato è altrettanto importante e indeterminabile di quello ch'esse promettono per l'avvenire. D'altra parte spesso le nostre sintesi non sono prodotti del pensiero individuale, ma risultati del pensiero collettivo che vengono assimilati, sulla fede giustificata degli altri, nella loro formula conclusionale. In molti individui colgere i concetti generali non sono opinioni, ma semplici imparatici che cadono facilmente al primo soffio di demenza. Taluni di questi imitatori costituzionali, quando per caso impazziscano, specialmente per demenza giovanile, dimostrano nella malattia la stessa mancanza d'originalità per cui brillavano nello stato sano, e riescono di gran lunga inferiori ai paranoici che, per quanto poveri di critica, sono sempre gli inventori autentici e continui dei propri deliri.

Una massima fra le più popolari in psichiatria è quella che, a proposito della quantità patrimoniale delle idee, aveva formulato Esquirol, dicendo: che l'imbecille è un povero, il demente un fallito. Il loro livello intellettuale è il modesto: l'uno non sale perché è impotente a imparare; l'altro disenta perché ha disimparato quello che sapeva. Tuttavia, bisogna aggiungere, l'imbecille non rassomiglia affatto al demente. L'imbecille è anche psichicamente la caricatura (o il « memo adula » d'un bambino: la sua umiltà, la sua innocenza, ma soprattutto la sua timidezza, il suo repertorio verbale, la sua ingenuità e la sua vanità portano l'impronta dell'infantilismo. Il demente, per quanto grave, conserva, in mezzo alle rovine, i residui d'una intelligenza evoluta: qualche nozione scientifica o morale, molte espressioni elevate, una certa dignità di contegno che gli danno la solennità esteriore d'un personaggio normale e coprono a prova vista le sue deficienze.

Per determinare il valore intellettuale d'un individuo, noi non dobbiamo dunque limitarci a misurare il corredo permanente delle sue idee, ma anche la capacità non sempre costante che dimostra ad usare e ad accrescerlo. La somma numerica delle idee esistenti in potenza, il loro grado gerarchico, la solidità della loro adesione sono il capitale in sé stesso. Ma la maniera con cui il capitale è stato raccolto, la facilità abituale di servirsene e l'attitudine ad aumentare, sviluppandosi i correlati, formano un altro capitale più attivo e fondamentale, che chiamiamo talora o intelligenza. E questo il capitale che scarseggia originariamente negli imbecilli, che va in parte perduto nei dementi. Ogni malattia mentale, anche se interessa le sole funzioni affettive, è una minaccia all'in-

tegrità dell'intelligenza, che può anche subire eclissi temporanee e mutilazioni permanenti, ma limitate. Un esempio assai dimostrativo di questa sospensione dell'attività intellettuale ci è dato dall'*assente ottuso*; e un altro esempio, di solito meno grave, dal *sirofenno*.

ALTERAZIONI NELL'ORDINAMENTO DELLE IDEE.

Si dice che è alterata la *successione delle idee* quando l'ordine della rappresentazione interiore cessa di corrispondere all'ordine degli avvenimenti esterni, ossia alla realtà. Noi ci manteniamo in contatto continuo con la realtà mercè le percezioni che ci rispecchiano l'ordine attuale delle cose, mercè i ricordi che ci riproducono il loro ordine passato, e mercè le nozioni generali che ci schematizzano l'ordine astratto o ideale del mondo esterno, permettendoci di distinguere ciò che è possibile da ciò che è impossibile.

Le forme più lievi di disordine ideativo consistono in una semplice *prevalenza del pensiero fantasico*, ossia con programma libero, sul pensiero che dovrebbe applicarsi alla riproduzione salottiva o il più possibilmente esatta della realtà. I malati dimostrano un certo disinteresse e una certa disattenzione di fronte ai piccoli ed ai grossi problemi che continuamente si presentano all'intelligenza, mentre sono portati all'osservazione superficiale e futile delle cose esterne, come gli animali, i bambini e in genere gli esseri inferiori. I semplici di spirito, i dementi giovanili, i paranoici allo stadio prodromico, i dementi senili nelle fasi di tregua, e molti altri malati di mente che non delirano e che si comportano non senza una certa passiva saviezza, tradiscono spesso un intimo grado d'indebolimento mentale appunto per questa loro indifferenza. Essi cessano di disciplinare con la dovuta continuità e nel dovuto rigore la propria attenzione. Se anche nell'astrazione delle idee non vi è un disordine formale, si vedono i segni d'una certa fiacchezza nel loro ordine di successione. Simili malati figurano fra i paranoici di modesto livello intellettuale, fra i *sirofenno*, fra gli esordienti alla *paranoia programata* e fra i casi di *giacigliosa mesophrénie*. Gli spostamenti nell'ordine delle idee stanno in rapporto con la mancanza o con la deformazione di molti fra questi elementi: percezioni, ricordi, idee generali, che formano la trama del nostro pensiero. Senza lacune o deformazioni estese del contenuto rappresentativo, non vi è possibilità di disordine, perché le idee che corrispondono direttamente ed armonicamente logicamente con la realtà hanno in se una virtù suggestiva che provoca le successioni normali e quindi riproduce le successioni scritte.

Occorre un certo numero d'allucinazioni o d'errori per deviare e sovvertire l'ordine logico delle idee; occorrono estese lacune per arrestarlo o soffocarlo. D'altra parte lo sfendersi delle idee senz'alcun ordine favorisce l'insorgenza di nuovi errori e convinzioni deliranti che pullulano inenarrabilmente in tutti i casi gravi di disordine mentale, dando luogo al così detto *delirio sciolto*.

Questa solidarietà reciproca fra il contenuto qualitativo e quantitativo del nostro pensiero da una parte e la successione delle idee dall'altra è facilmente dimostrabile negli imbecilli e in certi paranoici con delirio sovvertibile. Gli imbecilli non sono così poveri d'idee da dover rinunciare senz'altre a qualunque iniziativa mentale, ma il loro fardello è così meschino, che spesso, per difetto d'idee direttive e correttive, si espongono ad episodi di delirio paranoico con carattere confusionale, non per eccesso di passione, ma per difetto di riflessione. E puramente gli *elefrenici* sovraccarichi di convinzioni o di dubbi deliranti finiscono col cadere nel disordine perché perdono quasi del tutto la retta visione della realtà, sicché rassicuriamo ai dementi e ad amati cronici.

Al contrario, le alterazioni molto limitate delle percezioni, dei ricordi o delle idee generali, un'allucinazione isolata, un'ansiosa circoscritta, un singolo errore di giudizio non modificano profondamente il corso generale delle idee. Le stesse idee incoercibili minacciano, molestano, affaticano il pensiero, ma non riescono ad alterare la sua corrispondenza con la realtà.

I disordini ideativi sono dunque costantemente legati ad alterazioni piuttosto vaste nella qualità e nella quantità delle idee. Un grado notevole di disordine si rivela sotto la forma assai vistosa della *disorientazione parziale*, o porta il malato ad ignorare la propria esatta situazione nel tempo e nello spazio, a non ricordare od a localizzare impropriamente i particolari della propria vita, a non riconoscere l'identità o l'ufficio delle persone che gli stanno d'intorno.

La *disorientazione parziale* può dipendere da una folla d'allucinazioni, specialmente visive, che distruggono il malato dall'osservazione dell'ambiente reale e lo ingannano sulla sua configurazione. Così avviene, talvolta per pochi minuti, nelle malattie febbrili, nell'ubriachezza, nell'affasciazione ipnotica, nello stato ipnagogico del dormiveglia, in certi incidenti circolatori della demenza senile; e, per tratti di tempo più lunghi, nelle crisi dell'isterismo e nel decorso del *delirium tremens*. I disturbi della percezione non sopprimono, ma falsificano talmente la nozione dell'ambiente, che costituiscono la causa più frequente della *disorientazione parziale*. Questo fenomeno è infatti di regola in una psicosi per eccellenza allucinatoria, vale a dire nell'assenza confusionale.

Altre volte la disorientazione parziale è un effetto di gravi lesioni funzionali, e si manifesta dopo un trauma, nella demenza ipofisaria e senile, nella *paralisi progressiva* o nella *confezione* delle psicosi acute come la *mania* e l'*amnesia*.

Un celebre pittore italiano, che aveva sofferto per otto mesi di amnesia con glicosuria e gravissime convulsioni, recupera la propria lucidità abituale, torna con grande successo ai suoi pennelli, sostiene brillanti discussioni d'estetica; ma non riconosce più né i propri amici, né i propri quadri. Durante il lunghissimo periodo di convalescenza, ha la coscienza completa della propria disorientazione; ma persuaso con ragione che d'altra parte la sua intelligenza è conservata, si congeda scherzosamente delle sorprese che gli procura la sua amnesia, permettendogli di rimpiangere con un sapore di freschezza le vecchie amicizie e di criticare o lodare senza preconcetti le creazioni artistiche che non riconosce per sue.

Altri malati ignorano d'essere o d'essere stati al manicomio; non sanno chi se li ha conformati, né da quanto tempo. Vi si trovano; scambiando gli infermieri per guardiani carcerari; o cadono in equivoci sulla propria età, residenza, stato civile, saldano il loro contegno e la loro maniera di interloquire non escano visibilmente dalla norma.

Nella *paralisi progressiva* e nella *demenza senile* si verificano momenti o fasi di disorientazione parziale anche per deficienza od alterazione più o meno durevole delle funzioni generatrici. I malati restano inermi di fronte alle suggestioni malevoli ed alle autosuggestioni accidentali, e in uno stato di credulità passiva, interpretano alla lettera racconti ed esperienze che con una minima dose di critica si potrebbero subito sfatare. Essi possono credere di fare una lunga corsa a cavalcioni d'una seggiola che non si muove; di navigare per lontani lidi senz'ancora in casa; di possedere il manicomio in cui sono ricoverati tra i poveri; di discorrere col ritratto d'un parente defunto; di avere in mano dei tesseri perché contano delle marche da gioco o dei fogli di carta senza valore. Nonostante queste incoerenze, gli stessi malati sono in grado di sostenere una conversazione assennata per abitudine ed a base di luoghi comuni.

Quando il compromesso in termini ancor più grande di percezioni, di ricordi o d'idee generali, sia nel senso dell'*alterazione* qualitativa, sia nel senso della *sospensione* o della *distruzione*, si cade nella *disorientazione totale* o quasi totale. Questo stato si può produrre in due maniera o per due origini completamente diverse.

Si chiama col nome di *confusione acuta* il grave disordine che si verifica in forma acuta per alterazione transitoria o per sospensione di molti processi identici. La *confusione mentale* è una sindrome caratteristica dell'*insurrezione epilettica* e dell'*insurrezione affettiva*, accompagna i *delirio* del *delirio acuto*, presiede agli *equivalenti psichici* come pure agli stati

pre- e postaccusuali dell'epilessia e dell'isterismo, e intervenga qualche volta come una fase più o meno prolungata nel decorso della *paradoja progressiva*, dell'*idiotia*, della *demenza giovanile*.

Si chiama invece col nome d'*incoerenza psichica* quel disordine cronico che deriva non tanto dall'irregolarità dei poteri percettivi, quanto piuttosto dalla perdita irreparabile dei ricordi e delle azioni generali. Mentre la confusione è una sindrome esistentemente amenziale, l'incoerenza è una sindrome esistentemente demenziale. Di certo l'incoerenza determina un disordine pari a quello della confusione acuta: ciò non avviene, in ogni modo, che nei casi più gravi di *demenza paranoica*, di *demenza giovanile* e di *demenza senile*, che assolutamente non comportano più reintegrazioni di sorta.

STATI DI SEMICONSUEZZA.

Un altro grado di dissociazione taglia contemporaneamente tutte le comunicazioni con l'ordine presente, passato e teorico degli avvenimenti, ed isola il malato da ogni contatto attuale, interiore o logico col mondo obiettivo, compreso il suo corpo. Se tuttavia le percezioni persistono in forma normale, ciò che è raro nella confusione acuta, ma frequentissimo nell'incoerenza cronica, non per questo la disorientazione cessa dall'essere completa, poiché le immagini attuali perdono ogni valore quando venga a mancare la loro integrazione coi ricordi, che sarebbe capace di trasformarle in idee. I confusi e gli incoerenti discorrono ed operano in modo del tutto incosciente, essi diventano refrattari alla maggior parte degli eccitamenti esterni ed interni, e finiscono col perdere persino la nozione della propria personalità psichica e somatica.

In questi casi tende ad estinguersi od a sospendersi anche l'attività della coscienza, perchè non c'è coscienza senz'altro un barlume di coscienza. Fra l'estremo disordine mentale e l'assoluta incoscienza la distanza è altrettanto piccola come quella che intercede fra il sogno e il sonno letargico od aniletico. E infatti, sin allorché nella mente parlano insieme percezioni ed altre tinte associate, sin allorché le loro voci riescono devoti e fiacamente associate, la facoltà di discernere è egualmente compromessa da quel frastuono disarmonico e da quel quasi silenzio. Perciò col discernimento si oscura la coscienza, che attinge il suo perenne alimento dalle rappresentazioni intense, associate e il più possibilmente tinte. La coscienza non consiste anzi in altro che in una serie di distinzioni, ossia di ricordi ed associazioni differenziali. Perchè la coscienza rimanga accesa, bisogna che non manchi la materia prima

alle sue distinzioni, cioè che continuino a formarsi le idee o per lo meno le rappresentazioni. Perché poi la coscienza mantenga anche quella limitatezza che permea le distinzioni precise o che la rende composta, occorre che i termini delle distinzioni non si arrivino in tal numero e in tal disordine, da riuscire inassociabili. Perciò i confusi e gli incoerenti si trovano in istato crepuscolare o di *sinocoscienza*, e si dice che la loro coscienza è obnubilata. Quando poi gli eccitamenti esterni non riescono più né a diventare processi rappresentativi (atti di distinzione), né a provocarli, e si esaurisce più o meno presto il pensiero interiore, che è attività di distinzioni incoerenti, rimane totalmente sospesa ogni funzione psichica (anche i sentimenti non vivono senza un contenuto rappresentativo) o si arriva senz'altro all'incoscienza come nel sonno senza sogni, nel coma epilettico o febbrile, nel colmo dell'assenza affettiva, nel supremo atterimento della *paralisi progressiva* o forse nel *rapto melanconico*.

L'incoscienza è dunque il termine-limite a cui tendono tanto la confusione mentale come l'incoerenza. Tutti i confusi e tutti gli incoerenti sono candidati all'incoscienza.

CAPITOLO VI. La Memoria

FISIOLOGIA DELLA MEMORIA.

La memoria è l'aptitudine che hanno gli stati di coscienza a rimoversi, sotto l'azione dei processi associativi, in forma di rievocazioni o ricordi. Per mezzo della memoria si organizza l'esperienza, che è una condizione indispensabile all'esercizio anche il più elementare dell'attività mentale.

Da un punto di vista piuttosto largo, tutte le rappresentazioni non sono che ricordi più o meno levati o aggregazioni più o meno complesse di frammenti mnemonici. Salvo fino ad un certo limite l'istinto della percezione, il nostro pensiero, sia che ragioniamo, sia che fantasmiamo, non può mai svolgersi sopra un materiale ignoto e deve attingere nella memoria gli elementi necessari alle sue costruzioni. La nozione del passato, l'esplorazione dell'avvenire e persino la percezione del presente, in quanto è riconoscimento e giudizio, si devono considerare come applicazioni o utilizzazioni dei nostri dati mnemonici.

Da un punto di vista più ristretto, la memoria è la capacità non solo di riprodurre uno stato di coscienza antecedente, ma anche di avvertire col una certa esattezza il rapporto fra la copia e l'originale. Quest'ultima condizione non è necessaria e non si verifica quasi mai di fronte agli atti di fantasia, ai processi d'astrazione, ai ragionamenti in genere. Qualunque queste operazioni mentali richiedano, per causa delle immagini che impiegano nel loro gioco, il beneficio d'una proprietà riteniva, noi non abbiamo bisogno, compiendole, di riscontrare nelle immagini impiegate il loro certificato di provenienza, ossia d'identificarle, come veramente sono, per nostre vecchie conoscenze. Solo nei processi di memoria propriamente detti la rappresentazione mnemonica viene riconosciuta come la rievocazione d'una situazione o d'un momento già vissuto nel passato e che appartiene alla nostra storia personale.

I ricordi affini per la loro data d'origine, per la loro contenuto e per la loro intensità formano dei gruppi naturali e subiscono le stesse vicende sia nella loro evoluzione, sia nella loro dissoluzione. Perciò si dice che esistono delle *associazioni* (flouri), non già una sola memoria unitaria. La patologia ci conferma questo principio, insegnandoci come i ricordi possano scomparire per categorie di tempo, di qualità e di gradazione intensiva, ciascuna delle quali gode d'una certa autonomia rispetto alle altre.

Le irregolarità della memoria hanno fornito argomento di studi importanti da parte di psicologi e clinici, ma nella sistematologia delle malattie mentali non furono valutate come meritavano. La causa di questo trascurare è doppia: da un canto le alterazioni più gravi danno luogo ad errori o lesioni indirette, ma apparenti della percezione e dell'intelligenza, come accade nella cecità psichica, nella cecità verbale e in altre forme di così detta *amnesia*, che ora vengono collocate fra i casi di amnesia (Mossakow, Decroix); dall'altro canto i disordini minori della memoria, le sue ridotte mantenute e le sue insufficienze dirette, se sono limitate ad uno stato puro, alterano così poco le linee principali della personalità psichica, che passano per semplici imperfezioni, anziché per sintomi di malattie mentali. Nonostante questo, ogni irregolarità esistente della memoria introduce nei diversi quadri psicotici un elemento caratteristico e spesso decisivo pel giudizio clinico ed anamnestico che se ne può dare.

Non si deve identificare la memoria con la semplice persistenza di una utilidade funzionale e nemmeno col perfezionamento delle disposizioni anatomiche che servono di base all'associazione fra le immagini, questi fatti o per dir meglio queste leggi sono certamente, come vedremo, condizioni necessarie della memoria, ma non sono tutta la memoria e quindi non sono memoria. Fu designata come una forma di memoria, *cratice* (flouri), anche la crescente destrezza con cui operano i muscoli negli esercizi abituali (albicottarsi gli abiti, suonare al pianoforte, scrivere); ma in simili casi il perfezionamento (che non è indefinito) degli atti muscolari non è dovuto all'accumulo di ipotesi ricordi nella sostanza del muscolo, bensì alla spintivazione o quasi degli impulsi motori, che aggrava semplificazione, perchè sopprime da un lato tutti i processi coscienti, dall'altro tutti i movimenti superflui che complicavano il periodo del tirocinio. L'automatizzazione degli atti coscienti è dunque un processo di graduale disossatura, che conduce ad una perfezione relativa non perchè aggiunga qualche cosa (la memoria), ma soltanto per quel che toglie i movimenti imbarazzanti.

Perciò non vi è memoria senza coscienza. La coscienza deve avere accanto l'immagine primitiva e riconsegnarsi con l'immagine ripetuta.

tanto più che occorre ancora ad essa, per completare l'atto mnemonico, di verificare la corrispondenza fra le due situazioni: quella in cui si trova e quella in cui s'era trovata. Infatti l'esercizio genuino e regolare della memoria richiede una serie di condizioni che soltanto i centri nervosi, e non tutti né sempre, sono in grado di realizzare interamente.

1.^a Anzitutto è necessaria la formazione di tracce armoniche che protraggono negli elementi nervosi la presenza (allo stato latente) del processo psichico destinato o candidato a rivivere come ricordando. Perciò ogni stato di coscienza che non sta condannato all'oblio per congenita insufficienza lascia sulla via percorsa (o sopra un tratto di questa via) un reliquato organico che modifica più o meno stabilmente il chinismo o la struttura dei centri interessati, dotandoli d'una nuova capacità funzionale.

Esse ogni rappresentazione in atto determina un'ipertraccia funzionale nei processi protoplasmatici e negli axoni interessati: le vibrazioni molecolari vi fanno più intense e si propagano, alterando momentaneamente la forma dei dendriti, e così, se le condizioni sono favorevoli, rimpallano nuove espansioni e collaterali in permanenza. In ogni modo le tracce che contrassegnano l'attualità mnemonica (e da cui non germoglieranno i ricordi che sotto l'azione fisica del processo associativo si formano quando l'energia dello stimolo esterno o la squisizione dell'organo riceettore o lo sforzo dell'attenzione o il sovrapporsi d'un sentimento vivace accrescano lo splendore del fenomeno cosciente. Ogni nuova attuazione dello stesso fenomeno cosciente sotto forma di rimembranza, di rappresentazione fantastica o di ripetizione identica fortifica la capacità mnemonica perché determina la formazione di nuove tracce che surrogano le preesistenti o vi si aggiungono.

Gli antichi, fin dal tempo di PLATONE, consideravano le tracce mnemoniche come un'impronta sulla cera (cerea materialis); altri, senza frecciarci la questione con questo, inclinano piuttosto ad interpretarle come uno stato di tensione molecolare che al sopravvenire d'un sentimento spiega il ricordo e si ricarica (teoria dinamica). Comunque sia, sino a pochi anni sono si ammetteva genericamente che lo stato di coscienza originario, l'iscrizione preventiva delle sue tracce mnemoniche e le conversioni successive delle tracce in atti di rimembranza fossero processi diversi e diversamente determinati, sia tutti centralizzati negli stessi elementi anatomici (BAIN, SPENCER, WYNN, JAMES, BACOT). Oggi invece, non senza valide ragioni, specialmente cliniche, si propende sempre più a ritenere che le immagini mnemoniche, sia allo stato latente, sia allo stato attivo, si localizzano in elementi e strati corticali diversi da quelli che ricostituiscono per un momento la sensazione primitiva (MUSK,

WERNICKE, ZUCKER, HOFFMANN); ed anche in aree ultrasensitivo ed affatto «accorate» della corteccia cerebrale (NOTHAGEL, BIANCHI, FLEXINSKY, RAMÓN Y CAJAL), dove le sensazioni elementari, progredendo il loro cammino, vanno a prenotarsi tra i simboli ideomnemici e così diventano capaci di ricomparsire all'occasione o come immagini indifferenti o come ricordi autentici.

Volendo riferire il concetto semplicità di SPENCER e di WUNDT ai dati dell'istologia odierna, si dovrebbe pensare che un sistema invariabile di neuroni vicini o lontani, ma vibranti all'unisono, serva di veicolo a tutte le forme di rappresentazione con ugual contenuto, ritruendo in sé stesso i tre uffici: a) dell'attitudine per la sensazione primaria, b) dell'attitudine per il ricordo in atto, c) del deposito per le tracce mnemoniche che mantengono fra la sensazione e il ricordo in atto la continuità latente. E con questa triplice identità di localizzazione si spiegherebbe l'equivalenza (discutibile) fra i due processi estremi ed attivi, cioè fra gli stati di coscienza che corrispondono rispettivamente alla sensazione ed al ricordo.

Secondo le ipotesi dualiste, che nel loro principio fondamentale armonizzano assai meglio coi fatti clinici ed anatomico-patologici di emianopsia, di cecità psichica e di cecità verbale, le sensazioni primitive che si formano bilateralmente nei centri sensoriali dei due emisferi non acquistano carattere simbolico ideativo o mnemonico che unilateralizzandosi nei centri superiori di associazione corticale, i più noti dei quali sono collocati nell'emisfero sinistro; e con questa interpretazione si capisce fra l'altro perché nei casi di emianopsia gli oggetti si vedano dimezzati, ma si pensino e si ricordino interi, e perché le rievocazioni rassomiglino assai più alle idee che alle sensazioni.

La formazione di tracce mnemoniche si deve ritenere come una premessa necessaria non solo alla perpetuazione di singole immagini isolate, ma anche al ricordo dell'ordine con cui sono aggregate o si seguono. Nessuno ignora che noi non ricordiamo soltanto immagini, ma anche rapporti, più o meno manifesti e pure assai efficaci, fra immagini; e poiché le stesse immagini isolate non si fissano e non si risvegliano dallo stato di latenza se non per mezzo di processi associativi, si deve concludere che il contenuto della nostra memoria si estende anche a gran parte delle associazioni, o che, se abbiamo immagini (solte, o) non avviene che le quanto esse sono state e possono ridiventare termini di rapporti associativi.

Una bisogna tener presente che ogni processo associativo, sia che prepari o prelevi una rievocazione, sia che dia luogo ad una rappresentazione qualunque o ad un atto solitivo, può, come è naturale, rendersi facile o difficile a furia di ripetersi. In tal caso i neuroni consociati me-

mentaneamente nell'azione finiscono per unirsi in una stabile solidarietà funzionale, formando un'associazione d'alcune che ha certamente per base una maggiore intimità dei loro rapporti anatomici. È probabile che questo risultato si raggiunga per un processo progressivo d'ipertròfia funzionale che conduce all'accrescimento più o meno notevole dei neurodendri che connettono gli elementi nervosi e quindi al reciproco ravvicinamento di questi ultimi. Ora, il processo d'ipertròfia funzionale, in quanto determina lentamente il ravvicinamento fra i neuroni solidali, può svolgersi come la causa anatomica della speditezza e precisione con cui si compiono le associazioni attuali di qualunque genere, comprese le mnemoniche; e in quanto poi, per determinare questo effetto d'insieme, deve modificare individualmente anche i singoli neuroni, esso è l'espressione concreta delle tracce mnemoniche che formano l'immagine allo stato latente e la rendono pronta ai possibili richiami di nuovi processi associativi.

2.^a Le tracce mnemoniche possono formarsi, ma scomparire irregolarmente a scadenza più o meno lunga; la durata della loro conservazione dipende dalla capacità personale di memoria, dall'interesse del ricordo e dal numero delle sue ripetizioni. Così si salvano, indefinitamente o quasi molti ricordi, tra futili e importanti, che il ripetuto esercizio sottrae all'oscurimento funzionale del tempo; e così passa ogni giorno in via fisiologica una folla di ricordi futili, per esempio il ciò che s'è mangiato a pranzo una settimana prima o del tempo che lavora.

Ogni ricordo in atto dà luogo alla formazione di nuove tracce organiche che si sommano con le precedenti o coi loro residui. Questo processo di rinfoltimento, che rinvigorisce le tracce mnemoniche, contribuisce efficacemente a preservare dalla rovina una gran parte dei nostri ricordi e specialmente quelli che sono raccomandati a più frequenti appelli dall'importanza intrinseca del loro contenuto. Ma non mancano i ricordi che si conservano per lunghissimo tempo allo stato latente per una straordinaria capacità di memoria o per una singolare fortuna di veigine.

La conservazione delle tracce mnemoniche da una parte e la loro formazione dall'altra possono comportarsi diversamente nella stessa persona o per le varie memore, restando entrambi entro i limiti della fisiologia. Vi sono memore tenaci, ma più o meno stentate; o memore facili, ma di poca durata; nelle une è più spiccato l'elemento conservativo, nelle altre l'elemento formativo.

3.^a L'essestrosi del ricordo è il fatto culminante con cui la memoria si afferma e passa dallo stato potenziale all'attuale. È ben difficile che uno stato di coscienza conservi le proprie tracce se non è mai rievocato, e in ogni modo la verificazione della sua rievocabilità, che è l'essenza

«essa della memoria, non è possibile se in pari tempo non si effettua la rievocazione. La rievocazione dei ricordi si compie per via associativa, cioè per un'azione nervosa estesa al sistema dei neuroni interessati nel fatto mnemonico; e perciò obbedisce alle leggi dell'associazione psichica che sono comuni a tutte le rappresentazioni. Il ricordo possiede nello stato latente dell'essere rievocabile, come del resto è necessario per qualunque altra idea, dalla presenza di sensazioni, d'immagini, d'idee o d'altri ricordi, che costringono rapporti improvvisati o rinnovano rapporti antichi con l'immagine evocata».

Perché l'evocazione d'un ricordo o di un'idea sia possibile, bisogna che non siano completamente rompi i rapporti anatomici o funzionali fra il sistema di neuroni che è il depositario delle sue tracce e i neuroni intracerebrali che stanno fuori da quel particolare sistema, ma che possono influirvi. Se tali rapporti sussisteranno per interi, l'evocazione sarà facile, frequente ed intenso; se si renderanno più scarsi, sarà difficile, rara, sfumata, se si renderanno nulli, sarà impossibile.

4.^a Un atto completo di memoria implica non solo la riapparizione dell'immagine ricordata, ma anche il riconoscimento della sua origine. In altre parole, non basta che il ricordo sia ripensato; bisogna che sia anche autorizzato come un valore del nostro pensiero, il che gli conferisce un carattere psichico del tutto particolare in confronto alle altre idee. Questa specie di «costrazione» si raggiunge per mezzo di speciali processi associativi, la cui necessità conferma la dipendenza della memoria dalle leggi d'associazione.

Un ricordo che si affacciasse alla coscienza in modo isolato, all'infuori dell'attività d'associazione e senza alcun vincolo con altri ricordi, non potrebbe essere né evocato, né tanto meno riconosciuto per ciò che veramente è, ossia come la traccia ridotta d'una rappresentazione già provata; e ricadrebbe nella categoria delle immagini o delle idee ordinate. Solo in seguito al riconoscimento noi distinguiamo fra un fatto semplicemente possibile e un fatto avvenuto, o con precisione anche maggiore fra ciò che è avvenuto ad altri e ciò che si riferisce a noi.

Ora, fra le associazioni psichiche che permettono il riconoscimento, si deve tener conto in primo luogo di quelle che complessivamente e confusamente ci inducono il sentimento della continuità personale per riguardo al nostro io e della continuità storica per riguardo all'ambiente esterno. Il riconoscimento è favorito anche dalle associazioni che rendono possibile, per lo meno approssimativamente, la localizzazione del ricordo nel tempo in cui si aggiunge qualche volta anche la localizzazione nello spazio. La prima di queste sub-condizioni della memoria (condizione diretta del riconoscimento) è sempre presente o se non altra è sempre appellabile im-

l'uomo normale e che non dorme; la seconda non si verifica che nel momento della rimembranza perfetta o richiede a sua volta la presenza in seconda linea d'altri ricordi, che servono di cornice all'immagine rievocata e riconosciuta e le fanno una posizione nel passato.

La natura selettivamente associativa del processo per mezzo del quale i ricordi vengono fissati, evocati e riconosciuti, risulta in modo evidente quando anche l'altro termine del rapporto mnemonico è una rappresentazione di luogo la cui intensità varia soggetta a mutamenti. Il ritorno dopo una lunghissima assenza nella città o nella casa dove si è passati l'infanzia, rievocando le immagini mnemoniche che rivediamo allo stesso angolo, lo rende improvvisamente capaci di rievocare anche quelle immagini collaterali che credevamo per sempre perdute: rivedendo una strada od una camera che rammentavamo anche prima, ma dimenticate, ci sovviene ad un tratto, per associazione di contiguità spaziale, anche d'un albero o di un oggetto o d'altra strada o d'altra camera vicine che non abbiamo ancora riveduto, che forse non esistono più, e di cui non si sarebbe mai recuperata la memoria senza il risveglio inopinato dell'altro termine associativo.

5.° Un'ultima condizione è necessaria alla riproduzione di un ricordo, cioè la *coesistenza interna delle tracce elementari* che lo costituiscono: la vibrazione di un neurone deve ribattere quella di tutto il sistema se il ricordo è completo, o di gran parte del sistema se il ricordo è attenuato. In casi diversi la rappresentazione riprodotta rassomiglierà così poco alla primitiva, che non sarà più riconosciuta per la sua copia, e si avrà un'immagine qualunque, non già un ricordo localizzabile nel tempo.

PATOLOGIA DELLA MEMORIA.

Ciascuna delle leggi che possiedono fisiologicamente allo sviluppo, alla conservazione ed all'esercizio attivo della memoria trova numerosi e precisi riscontri nella patologia cerebrale.

Agenesia delle tracce mnemoniche. — Non possono lasciare traccia di sé quegli stati di coscienza che sono costituzionalmente deboli per difetto d'attenzione, come avviene negli idioti e si parte anche negli *imbécilles*. Oppure le tracce mnemoniche cessano di formarsi per un disturbo acquisito di nutrizione, per semplice perdita involontaria della plasticità funzionale, per atrofia. È questo il caso dei ricordi in stato più o meno pronunciato d'indebolimento mentale, donde la mancanza di ricordi contemporanei quasi sempre parziali e la conservazione degli antichi. Ed è

pure il caso di quei malati che, per un traumatismo fisico o morale, presentano una lacuna mnemonica di tutto ciò che è avvenuto dal momento del sinistro in poi per un certo tempo, benché non abbiano perduto o abbiano riacquisito subito la coscienza: *amnesia anterograda*.

La mancata formazione delle tracce mnemoniche non ha importanza se non quando impedisce il ricordo d'impressioni intense e interessanti o per lo meno assai numerose e di un genere affatto particolare. Quest'ultimo fenomeno si coglie al vivo in certi casi di *olenzia incompleta*: i malati possono ancora leggere le parole brevi, ma non le più lunghe, perché arrivati che sono alle ultime sillabe hanno già dimenticato le prime o per dir meglio non sono riusciti a fissarne le tracce neppure per un istante. Qui dunque non è pinta perduta la nozione schematica della lettura, e si conservano ancora le tracce sia delle immagini grafiche che si erano formate anteriormente, sia del modo di associarle fra di loro; ma non si formano più le tracce delle immagini *acustiche*, e perciò le lettere *alfabetiche* non possono essere associate che allo stato di pure percezioni.

Qualche volta d'atto importante per la diagnosi lo stato *profondico* della *paralisi progressiva* è appunto contrassegnato da poche ma enormi, e da piccole ma continue dimenticanze. Piuttosto che di vera dimenticanza, si tratta di *suppressioni* che, malgrado l'energia dello stimolo esterno, non riescono a cattivarsi l'interesse del malato, e perciò rimangono nel dominio *effluente* dei centri sensoriali senza poter elevarsi a quei centri *soprensensitivi* dove si formano i simboli *ideo-mnemonici*.

Le tracce mnemoniche si formano (e si conservano) con facilità straordinaria in certi individui che si distinguono appunto per la loro memoria. Talvolta l'eccellenza della memoria per la sua parzialità a favore di certe immagini determinate e per la stessa sua eccessività, più imbarazzante che utile, acquista un significato quasi mostruoso, come in certi orologi, poliziotti, calcolatori e giocatori di scacchi senza scacchiera. Noi solo rite permesse mnemoniche i talenti parziali di vari *idiotelli* (ve n'è un esemplare in quasi ciascun manicomio), che superano notevolmente la media dei normali nella facilità di ricordare parole, numeri e square di tutti che talvolta non capiscono. Ed anche in queste forme d'ipermemoria degli idiotelli vi sono diverse gradazioni: dal deficiente che ricorda soltanto l'orario delle ferrovie o tutti i santi del calendario si arriva fino a quello che non solo fissa nella memoria una serie di numeri, ma sa sfruttare di questa sua dote per risolvere a memoria calcoli abbastanza complicati. Da questi *idiotelli-calcolatori* agli *idioti matematici* non vi è una grande distanza.

Cancellazione delle tracce mnemoniche. — La cancellazione delle tracce

già formate, ossia la perdita dei ricordi che figuravano nel bilancio attivo della nostra memoria, acquista un significato patologico quando in luogo di colpire alla spicciolata e dopo un certo tempo, ricordi vecchi o poco importanti o poco evocati, fa strage sistematica delle reminiscenze che sono collegate da continuità d'origine o di contenuto. Per la più queste dimenticanze vere sono dovute a cause organiche che le rendono anche irreparabili: a lesioni diffuse degli elementi nervosi, come nella demenza senile o negli altri processi demenziali, oppure a focolai distruttivi che colpiscono la corteccia cerebrale. Nel primo caso l'amnesia è lenta, progressiva e generale, benché possa ripararsi anche un numero abbastanza considerevole di ricordi isolati. Nel secondo caso l'amnesia è improvvisa e quasi sempre assoluta, ma circoscritta ad una od a poche funzioni speciali, che corrispondono esattamente alla sede del focolaio.

La perdita dei ricordi per lesioni diffuse del cervello è soggetta a leggi conosciute anche popularmente. Nel repertorio verbale, in cui l'ispezione è assai facile, primi a scomparire sono i ricordi delle parole meno usate, per esempio i nomi degli esterni; seguono i sostantivi in genere; ultimi a sopravvivere sono i verbi e gli aggettivi, in cui scomparsa caratterizza i gradi più bassi della demenza; ma, salvo nei casi d'incoscienza o di totale analfabetismo, sono ancora possibili le intenzioni e alcune singole parole od una singola sillaba a cui i malati affidano l'espressione d'altri, emozioni e desideri affatto rudimentari.

La perdita generale e progressiva dei ricordi già attivi è quasi sempre accompagnata dall'incapacità a fissare dei nuovi; e perciò l'amnesia senile non consiste soltanto nell'agenesia delle tracce mnemoniche dal principio del processo evolutivo in poi, ma anche in un'abolizione delle tracce già esistenti, benché fortificate da atti frequenti di rimembranza. I primi effetti dell'atrofia distruggono i ricordi più giovani; e così, tra i ricordi vecchi e i ricordi abortiti prima di nascere, si avvalorano sempre più la legge per cui mancano le immagini dei fatti recenti, mentre persistono quelle della prima età, ossia le più antiche.

Siccome non si può concepire che il processo d'atrofia eserciti sugli elementi nervosi un'azione relativa a seconda del loro contenuto mnemonico, si deve piuttosto ammettere che, nella fase iniziale, le connessioni anatomiche e le tracce organiche della memoria non siano soppresse in un punto e conservate in un altro; ma che esse subiscano un indebolimento antistatico uniforme e diffuso, i cui effetti dissociativi ed amnesici si rendono manifesti ed irreparabili soltanto nei punti dove le associazioni erano già ad origine meno intime o le tracce meno profonde, ossia in quelli dove la memoria è meno organizzata. Il semplice rallentamento, senza interruzione, dei cicli associativi, con estensione parziale delle

tracce mnemoniche, non atrofizzerà definitivamente i ricordi, ma li renderà più pallidi o più incerti. Ed anzi, se il processo di decastazione si arresta, non sarà impossibile di voler ridurre per mezzo di ulteriori, per quanto stentate, evocazioni le tracce o i rapporti che stavano per morire. Questa eventualità interviene sovente vera nelle fasi dell'invilimento senile a beneficio dei ricordi infantili. Dal momento che sono andati distrutti i ricordi recenti, è naturale che si rimetta a nuovo il repertorio antico, che per essere il meno devastato è quindi il meglio evocabile, diventa l'obiettivo preferito o il più accessibile sia alla semplice immaginazione (senza riconoscimento), sia all'attività di riproduzione mnemonica. In mancanza dei ricordi nuovi si rievocano i ricordi remoti, o le reminiscenze d'infanzia godono la loro estate di San Martino.

Fra le amnesie circoscritte ed improvvise con cancellazione delle tracce mnemoniche sono assai note per la precisione dei sintomi e della localizzazione anatomica le tre forme di afasia che Prada per risolvere un nodo più elevato all'afasia mnemonica ha designato col nome di *trilefasi*: l'*afasia motoria*, la *correlata verbale* o la *correlata cerebrale*, i cui focolai corrispondono rispettivamente al polo della 2.^a circonvoluzione frontale, alla 1.^a circonvoluzione temporoparietale, ed alla piega curva, sempre (per tutti e tre) nell'emisfero sinistro, salvo il caso del *monismo motorio* che implica quasi sempre il destrismo cerebrale di tutte o di alcune tra le forme del linguaggio.

La funzione del linguaggio può subire anche altre e gravissime afasie che interessano ugualmente la memoria, ma che si riferiscono alle associazioni evocative, non già all'esistenza delle tracce. Avviene infatti per lesioni diverse ed eventualmente per la presenza di un focolaio, però non solo extra-nucleare, che i tre nuclei critici del linguaggio rimangono integri, ma che siano interrotte le comunicazioni inter-nucleari. Avviene puramente che, restando integri i tre nuclei, vengano a troncarsi le *connessioni transnucleari* o *ideonucleari* fra uno o due di essi o tutti e tre da una parte e le altre regioni della corteccia dall'altra. Si suppone facilmente che in questi casi mancherebbero sistematicamente certe matiere d'evocazione verbale, ma le tracce mnemoniche non sono punto cancellate; e purché il centro che le contiene non sia bloccato da tutti i lati, esse potranno evocarsi ancora per le vie rimaste integre. Simili lesioni, che si discutono con un gruppo d'immagini, non un complesso di rapporti, vanno naturalmente considerate dal punto di vista dell'evocazione, non da quello di cui stiamo trattando.

Sono invece della classe in discussione altre amnesie a focolaio che non riguardano il linguaggio. Fra queste, la più nota è la *cecità psichica*, di cui l'*alexia* non rappresenta che una forma e una localizzazione parziale.

La cecità psichica cancella le tracce mnemoniche delle immagini visive « una parte di esse. Quando l'amnesia non è totale, il che è frequentissimo, la lettura è atipica, salvo il caso dell'alexia, e può mantenersi in proporzioni così piccole, da permettere ancora un largo esercizio dei processi intellettuali: in un caso nottamente celebre di CHACOT erano perdute le immagini delle forme e dei colori ed anche quelle delle lettere, ma l'incisione, i disegni e la lettura si compivano ancora, salvo che il malato doveva articolare mentalmente la parola interiore o leggere ripetutamente ad alta voce le frasi che voleva ben capire o ricordare. In ogni modo questo stato di cose non impedisce la percezione viva degli oggetti, ma pone nell'impossibilità di figurarsi e di riconoscerli.

Il cieco psichico che vede un cappello non può più intendere che cosa esso sia, né a che uso serva, perché insieme a molte altre ha perduto le immagini congenite, le cui sintesi formava la nozione astratta di quell'oggetto: è giustato perché ha perduto il segno simbolico in cui si concretava tale astrazione e che è localizzato unilateralmente nell'emisfero sinistro e precisamente nel centro dei simboli visivi. Così il malato si trova davanti ad un cappello come di fronte ad un caso nuovo: non solo ignora che si tratti di un cappello, ma per l'obliterazione o la scomparsa dell'egano funzionante non può nemmeno mettersi in grado d'impararlo. Però, se il focale non compromette che il centro dei simboli visivi, il cappello potrà essere riconosciuto, classificato e nominato pel tramite delle sensazioni tattilo-muscolari, i cui simboli sono scente del lutto afasi.

Le tracce cancellate per distruzione di elementi nervosi possono forse tornare a formarsi in altri elementi simili, ciò che costituisce la compensazione e che si cerca di ottenere per mezzo della rieducazione, ma solo nel caso che esista un territorio di riserva non intaccato dal focale. Perciò la rieducazione dei ciechi psichici e degli afasici che si trovano in condizioni simili è un tentativo esposto a frequenti insuccessi, benché del resto non presenti il metodo acconcio.

Combinata con la cecità psichica, e a quanto pare anche separatamente, può esservi l'amnesia dei simboli tattilo-muscolari: *astereognosia*, *astibolagnosia* od *agnosia delle espressioni tattili e muscolari*. Secondo WERNICKE, che ne illustrò due casi assai utili sia dal punto di vista clinico, sia da quello dell'anatomia patologica, la sede dell'astereognosia sarebbe nelle due circonvoluzioni ricardiche di sinistra e più precisamente al terzo medio.

Quando si combinano insieme la cecità psichica e l'astereognosia, dando luogo al quadro dell'*agnosia completa ed assoluta totale* (WERNICKE) o *afasia assoluta* (BRIDGMAN), i malati non capiscono più il significato degli oggetti, non riconoscono i simboli *superfizi*, cioè quelli dei suoni,

degli odori e dei sapori, formare nozioni altrove tanto larghe sul mondo esterno. Questi soggetti sono ridotti ad uno stato di quasi assoluto anidismo: aprono una chiave, toccano un calamaio, si accingono ad afferrare una fiamma, si scoprono involontariamente, non sanno tirare a sé le lenzuola, vorrebbero uscire dalla loro camera, ma non conoscono più l'uso della porta e della maniglia. Oppure, malgrado la combinazione delle due sindromie, rimane ancora un barlume di coscienza, tanto e vivace perché le immagini relative sono in piccola parte conservate: allora i malati si mettono in bocca il sigaro per traverso, nutano di bere da una bottiglia vista e tappata, scambiano i calzoni per la giacchetta, uno specchio per una finestra, l'orinale per il lavaboo, tempino il cucchiaino al rovescio, sbagliano i nomi dei famigliari.

Incerta anatomicamente e rara clinicamente è la *surdità psichica*, per cui si cessa di intendere il valore dei suoni, compresi i verbali: quello d'una campana, di un orologio, di uno sparo.

Un'amnesia specialissima, che sembra localizzata nel misterioso emisfero destro, alla 2.^a circonvoluzione frontale, consiste nella perdita dei ricordi muscolari necessari al canto, mentre può persistere l'attitudine a riconoscere le нотe e ad eseguirle sopra uno strumento: amnesia (MAYX, MONAKOW).

Nella categoria delle amnesie muscolari, vicino all'afasia motora e all'amnesia d'esecuzione vocale, vale a dire come una forma di apraxia, benché si riferisca a movimenti involontari, si annovera anche l'amnesia, che sarebbe localizzata nel lobulo ottico di destra (HARRISON). Un'altra forma di apraxia è l'agrafia, la cui individualità clinica è però negata da quasi tutti i neurologi, che la riguardano come una semplice complicazione dell'afasia motora o dell'articolazione vocale o dell'alecia.

Qualunque forma di amnesia a focale, come del resto ogni paralisi corticale, può essere simmetrica, senza che siano distrutti gli elementi nervosi, dalle azioni tossiche della *paralisi progressiva* e dell'*areaua*. In questi casi le tracce mnemoniche non sono perdute, ma semplicemente paralizzate: è infatti caratteristica, tanto nelle amnesie parolitiche come nelle amnesie uremiche, la *transitorietà*. Fra esse spesseggiano le *nosografie* (senza etiologia) che nei paralitici compaiono in forme d'accesso e negli uremici sono spesso altrettanto effimere (LACRIZIAUX, ROSE, BIGONSKI).

Un altro genere di amnesia, completamente diverso, ma sempre con soppressione di tracce organiche, è quello che si collega ai traumi, in seguito a cadute, ferimenti, tentativi di suicidio (specialmente per impiccamento), contusione cerebrale, spavento od altre gravissime emozioni: l'amnesia assume spesso, oltre alla forma anterograda che abbiamo

già menzionato, anche la forma retrograda. Si ha così il tipo misto, che è appunto il più frequente, di *amnesia retro-anterograde*, ossia non solo la mancanza di memoria per ciò che è avvenuto poco dopo, ma anche l'ottolito retroattivo di ciò che è avvenuto poco prima. Chi è investito da una carrozza, oltre a non ricordare l'urto, lo spavento provato, la località e i soccorsi ricevuti appena tornato in sé, dimenticherà completamente dov'era diretto e persino d'essere uscito di casa.

Disordini dell'evocazione mnemonica. — L'evocazione di molti ricordi, specialmente di quelli che non hanno carattere personale e che sono attaccati ad una serie complessa di associazioni logiche, può sospendersi momentaneamente e diventare impossibile anche in individui psichicamente normali durante un periodo di evocazione o per uno stato di *conoscimento nutativo*: davanti ad un superiore, ad un'assemblea, ad un tribunale o ad una commissione d'esami, oppure sotto l'azione dell'anemia o di un violento dolore fisico. In quest'ultimo caso e in molti altri si tratta d'una vera inibizione esercitata sul processo evocativo dalla prevalenza di altre associazioni e soprattutto da un sentimento di soppresione. Cessata questa prevalenza, cessa l'inibizione, e l'evocazione del ricordo è di nuovo possibile, anzi può riuscire facile e spedita.

Il processo d'evocazione può fallire anche per uno stato più o meno abituale di distrazione. Ciò avviene frequentemente negli *idioti* per difetto generale d'attenzione attiva; e per una causa ben diversa, ma che produce lo stesso effetto, nei pensatori la cui attenzione attiva è in eccesso, ma rivolta omaccamente ad un ordine chiuso di problemi astratti che li distolgono dalla contemplazione mnemonica dei fatti insignificanti.

Anche gli individui normali in condizioni non ordinarie, per esempio nella convalescenza di una malattia qualunque e nel risveglio dal sogno o dall'ipnosi, sono soggetti a difficoltà spesso insuperabili d'evocazione per tutto o per parte di ciò che è avvenuto durante la malattia, il sogno o lo stato d'ipnosi. Eppure le tracce mnemoniche delle immagini relative non hanno mancato di formarsi e di conservarsi: qualche volta tornano a brillare in atti vivi di rimembranza durante una recidiva o un nuovo sogno o un nuovo periodo d'ipnosi.

Indipendentemente dall'ipnosi, uno stato di cose simile a questo può avverarsi con alterative più o meno regolari in certi casi singolarissimi di isterismo. Si hanno così le *diverse transizioni* od a periodi con reintegrazione successiva dei ricordi sospesi. Talvolta la vita delle malate, che tuttavia non perdono per questo la loro lucidità, se il sentimento della loro comunità personale, è un continuo avvicendarsi di due stati, che in sostanza non differiscono l'uno dall'altro se non per la diversità dei ri-

condi evocati ed evocabili dalla coscienza: nello stato *primo* ordinario si dimentica ciò che è avvenuto nello stato *secondo* (o straordinario) e perciò i ricordi rimangono interrotti per lacune regolari; nello stato *secondo* può darsi parimente che restino attive le rievocazioni dei periodi similari e sospese quelle dei periodi ordinari, ma può anche avvenire che rientrino in attività entrambi gli ordini di memoria, come nel celebre caso di Félida stupefattamente descritto dal chirurgo AZAM di Bordeaux.

Le amnesie alternanti portano nell'umore, nel carattere e nella condotta curiose modificazioni, che sembrano basate sopra un presunto adattamento della coscienza o della personalità, ma che si spiegano assai più semplicemente appunto con la differenza del materiale mnemonico di cui la coscienza può disporre. Gli effetti dell'amnesia si possono valutare positivamente sommaggiando quel che avverrebbe se si staccassero qua e là alcune pagine d'un libro: nello stato ordinario si ritrovano le pagine rimaste, ma non le pagine staccate; nello stato straordinario si ritrovano soltanto le pagine staccate o si ripristinerebbe la memoria intera di tutto il libro, a seconda dei casi. Ciò che rende più strana la condizione delle isteriche soggette a questo alternativo è il fatto che, verificandosi nello stato *secondo* o straordinario il ritiro delle due memorie, mentre nello stato *primo* od ordinario non sussiste che la memoria delle fasi normali, il bilancio mnemonico viene ad essere più completo nel periodo morboso che nel normale.

L'oblio totale o parziale per impossibilità d'evocazione è di regola nei guasti d'una malattia mentale che sia decorsa con offuscamento della coscienza e confusione delle idee. Le immagini nate nel disordine d'un delirio non possono rinascere nella corrente delle associazioni normali, che si conformano alla realtà esterna e tendono a respingere ciò che è isolato, incomprensibile od assurdo. Fra il pensiero d'un pazzo confuso e il pensiero d'un normale vi è una tale incompatibilità, che esclude ogni vincolo anche di semplice coincidenza mnemonica. Perciò, salvo il caso di un'iperestesia eccezionale, riesce impossibile ad una persona ragionevole di ricordare anche per un brevissimo frammento il discorso d'un insensato. E chi guarisce dalla pazzia confusa o si desta da un sogno non riesce che raramente e con grandissimo sforzo a ricordare qualche tratto di ciò che aveva fantasticato o sognato. Per una ragione analoga le rievocazioni ordinarie, la cui evocazione è affidata allo svolgimento regolare dei processi associativi, sospendono la propria attività militante o per lo meno non possono più coordinarsi o spiegare la loro efficacia in mezzo alle associazioni tumultuose del delirio. Vi è l'oblio degli errori nello stato di lucidità, e l'oblio della verità nello stato morboso.

L'impossibilità d'un parallelismo fra una serie ordinata di processi ps-

chieri intensamente illuminati dalla coscienza è un'accostaglia irregolare di rappresentazioni che, qualunque ne sia il contenuto, si svolgono con legami insoliti nelle nebbie della semioscienza, e forse l'unica causa per cui si dimenticano gli atti compiuti durante un accesso lieve d'epilessia. È probabile che in questi casi, come in quelli del risveglio e della guarigione dopo una pazzia, si atrofizzino a lungo andare anche le tracce mnemoniche di ciò che è accaduto nello stato di semioscienza; e ciò spiegherebbe la rarità con cui, verificandosi una ricaduta, si presentano fenomeni di reviviscenza. D'altra parte certi epilettici e certi sottomaniaco ripetono ad ogni accesso azioni e frasi stereotipate che dimenticano nello stato di lucidità e che forse risultano dal rinnovarsi d'un identico «form evocativo» in condizioni morbosamente favorevoli, sempre eguali o che non possono ripetersi nella veglia.

L'isolamento dei processi associativi, senza uscire dai limiti fisiologici, è soggetto a notevoli variazioni sotto l'influenza dello stato affettivo, qualunque sia la causa di quest'ultimo. Nella *depressione sentimentale* d'origine psichiatrica risentiamo, per una specie di «form evocativo», tutti i ricordi più tristi, ancorché remotissimi e insignificanti, le piccole colpe di gioventù, i presagi sinistri, le amarezze rassegnate di tutta l'esistenza trascorsa; e da questa iperanesia dolorosa che affolla la coscienza di risentimenti veri, ma d'un genere solo, chiudendo l'adito a quelle del genere contrario, nasce nei malati, per lo più autistici, l'illusione retrospettiva d'essere sempre stati infelici e perseguitati da un destino tragico che talvolta diventa argomento d'un delirio.

Invece nell'*esaltamento sentimentale*, principalmente nell'ipomania, l'effacità dei processi associativi favorisce le evocazioni insolite senza impedire la riviviscenza di tutti gli altri ricordi, ciò che produce uno stato d'iperanesia attuale di cui i malati, ancor lucidi, si accorgono e si compaiono. In compenso i maniaci, giunta a guarigione, dimenticano anche più dei melancolici i fenomeni troppo freneticamente osservati della loro malattia, e spesso, sotto la vaga reminiscenza del benessere provato durante l'esaltamento, rimangono poco persuasi d'essere stati veramente ammalati.

Fra i disturbi dell'evocazione mnemonica tornano in iscora le amnesie circoscritte e specialmente le amnesie che sono determinate da lesioni localizzate. La lesione, per lo più un focolo, non invade punto la sede delle immagini, ma ferma le sue vie d'accesso. Perciò le tracce mnemoniche delle immagini non sono cancellate, ma resta impedito come per un taglio di nervo il processo d'evocazione. Anche se la lesione è irreparabile, l'immagine mnemonica, la cui mancanza costituisce l'unico sintomo visibile della malattia, potrà sempre rivivere per mezzo d'altri processi asso-

eniti, perché esistono anatomicamente altre vie di conduzione e perché il focolaio non le abbia tutte irrimediabilmente interrotte.

Si fanno così le forme di afasia per difetto parziale di evocazione. In tutti questi casi (non è male ripeterlo) le immagini muscolari, acustiche e visive della favella sono tutte conservate, ma i loro rapporti associativi sono interrotti dalla presenza del focolaio internucleare, e si possono presentare i quadri clinici più bizzarri. Qualche volta all'inferno intendono benissimo ciò che ascoltano e sanno pronunciare ad alta voce ciò che pensano o ciò che leggono, ma perdono la capacità di ripetere le parole udite; oppure, senza che vi sia sordità verbale od agnosia, viene a mancare l'abilità a scrivere sotto dettatura; o continuerà intatto il potere di leggere mentalmente, di ripetere le parole udite o di parlare spontaneamente, ma sarà abolita la capacità di leggere ad alta voce, o infine non si perderà che la capacità di copiare.

Bisogna però aggiungere che queste forme isolate di afasia internucleare sono tutt'altro che frequenti, ed alcune di esse non fanno che una sostanza teorica. Spesso le lesioni delle vie associative sono multiple o creano affezioni di conduzione internucleare, ma combinato; più spesso ancora, esse si sommano con lesioni nucleari d'un centro, e in questo caso anche i due quadri sintomatici si sommano e si confondono. L'ultima forma completa di tutte le vie conduttrici che convergono ad un nucleo equivale clinicamente al focolaio anulare, perché condanna le immagini unemoniche, che vi garantiscono senza possibilità di essere evocate dall'esterno, a rimanere impigliate ed a subire l'annullamento per atrofia.

Furono studiate clinicamente diverse altre forme di afasia per dissociazione. La lesione anatomica, invece di cadere sulle vie internucleari della favella, può intercettare o tutte o in parte le vie supertentoriali o transcorticali, che Parton con due espressioni ideali, ma chiare, chiama *disconnection* o *parietocortical*.

La separazione dei tre centri nucleari del linguaggio dal resto della corteccia cerebrale dà luogo all'afasia *anastetico*. Nell'afasia anestetica sono conservate tanto le idee come le diverse immagini delle parole e la capacità di comprenderle; ma ciò che manca è l'evocazione spontanea delle immagini verbali, ossia la produzione delle idee in parole. I malati possono ripetere, copiare, scrivere parole dettate e recitare a memoria, ma non possono rivestire il proprio pensiero di una forma verbale, nemmeno mentalmente. E se tentano di esprimersi con parole, cadono nella *perfeomia* o *parafomia* o nella *peragrafia*. Talvolta questi parafasici, dovendo dare una risposta, adoperano l'ultima parola che hanno udito o l'ultima che hanno pronunciato automaticamente; così che i clinici tedeschi desotano dicendo che quella parola è rimasta impigliata nell'ingranaggio del pensiero e salitamente utilizzata; *haffengeblieben*.

L'afasia amnestica può presentarsi sotto forme attenuate e parziali. In questo senso si distinguono i seguenti quadri clinici: l'autosensitivo, che è l'impossibilità o la difficoltà di evocare i sostantivi; l'agrammatico, che è l'incapacità di dare una forma grammaticale alle frasi pronunciate; l'*afasia adermatica dei poliglotti*, che è l'impotenza a ricordare le parole d'una data lingua. Tutti questi casi implicano l'abolizione del pensiero verbale. Ma può darsi che in «dissociazioni» psico-nucleari non interessi che uno solo o due dei centri nucleari: è evidente che allora, se mancherà la traduzione del pensiero in simboli verbali di carattere muscolare, potranno rimanere quelli di carattere visivo od acustico, o viceversa.

L'importanza della lesione dipenderà dalle attitudini dei soggetti. Vi sono individui il cui pensiero verbale decorre esclusivamente per simboli muscolari ossia per immagini di pronuncia: *tipo orafico*. Altri pensano invece le parole come se le udissero: *tipo uditorio*, ed altri come se leggessero: *tipo visivo*. Però la grande maggioranza appartiene al tipo *auto*. Quando si determina un'afasia amnestica di forma parziale, i malati cercano di portare al massimo grado di sfruttamento i rapporti superstiti di associazione, ciò che riesce abbastanza facile se il centro nucleare che è rimasto collegato è in pari tempo quello che è depositario dei simboli verbali più familiari al malato. In ogni modo, qualora l'evocazione delle immagini verbali ancora evocabili non riesca abbastanza ricca e fruttuosa, i malati possono corroborarla con movimenti mimici se si tratta di pensare parole da pronunciarsi o da scriversi o con la visione attuale d'un alfabeto se vogliono rappresentarsi una parola come se la leggessero.

Tutte le forme di afasia amnestica che furono menzionate sinora sono determinate dal distacco di uno o di più centri del linguaggio dal resto della corteccia cerebrale, ossia dagli altri centri ideomnemici, senza distinzione alcuna. S'intende che a questo modo qualunque idea, indipendentemente dalla natura delle immagini che la compongono, si trova nell'impossibilità d'influire sui centri o sopra un centro del linguaggio e di trovarvi il simbolo verbale corrispondente. Ma può anche darsi che una simile incapacità d'espansione non colpisca che una singola categoria di immagini, mentre tutte le altre non cessano di trasformarsi in parole. L'unico esempio nitido di un'eventualità così singolare è appunto quello che ebbe da FREUD il nome di *afasia ottica*.

L'afasia ottica è spesso l'avanguardia della cecità psichica o della totale afasia amnestica, ma non è né l'una, né l'altra di queste forme cliniche. Il malato riconosce esattamente l'oggetto che vede, possiede un vocabolario, tanto è vero che si legge le ore o la carica: dunque non è un cieco psichico. D'altra parte, non ha alcuna difficoltà a pronunciare il nome dell'orologio, sia per imitazione, ripetendolo, sia anche spontanea-

mente, purché gli venga posto il dito di toccarlo i contorni o ascoltare il battito o farne argomento di risposta ad un'apposita interrogazione: dunque non si tratta d'afasia amnestica, per lo, meno secondo il significato comune. Invece l'infermo sarà incapace di chiamare l'orologio col suo nome fino a quando l'ordine di traduzione verbale non partirà che dall'immagine visiva. Esistentemente, nei casi di afasia ottica seguita a fermarsi benissimo tanto le immagini verbali che le immagini ottiche, ma è interrotta la via associativa fra il centro del simbolismo visivo e il centro motorio della parola. Sul centro motorio della parola continuano ad influire normalmente i due nuclei sensoriali del linguaggio come pure i centri dei simboli tattili, muscolari ed acustici. L'afasia ottica non è dunque che un caso particolare e sistematicamente parziale di afasia amnestica; non tutte le immagini di cui si compone il mosaico dell'ideazione hanno perduto il potere di trasformarsi in parole mentali o in parole reali, ma questo potere è venuto meno per le immagini visive. E infatti spesso, progredito la lesione, i malati di afasia ottica diventano poi ciechi psichici.

Irregolarità nell'atto del riconoscimento mnemonico. — Gli errori limitati al puro atto del riconoscimento non hanno quasi alcuna importanza nella patologia della memoria. La massima parte delle nostre idee sono appunto ricordi non riconoscibili, e solo un piccolo residuo dell'ideazione è rappresentato da ricordi completi. L'evocazione senza il riconoscimento è dunque il caso ordinario dell'attività psichica, e costituisce il primo grado della memoria; l'evocazione più il riconoscimento non sono che un caso speciale dell'attività psichica, e formano il secondo grado della memoria ossia il fine plemario, ma non sempre il più elevato di questa funzione.

Se un'impressione già provata viene evocata, ma non riconosciuta, ciò non le toglie che una porzione del suo valore, e infatti non si ha ancora che una forma d'amnesia incompleta: finché non ha perduto l'ideabilità ad essere rievocata, quell'impressione rimane sempre disponibile nel nostro patrimonio intellettuale allo stato d'idea. L'impossibilità del riconoscimento è dunque il risultato d'un processo che non degrada, sia in certo modo abolita i ricordi, perché favorisce notevolmente la loro trasformazione in idee sempre poi astratte e generali.

Il meccanismo per cui viene a mancare la funzione del riconoscimento è assai semplice. Le tracce che corrispondono alle immagini elementari dell'impressione primitiva (che in pratica è sempre un complesso) perdono o subisce o a poco a poco i legami associativi che assottigliavano la loro coesione reciproca e con le altre impressioni contemporanee. Questo

fenomeno di dissociazione interna ed esterna, in quanto è un atto dinamico e momentaneo, costituisce il processo dell'istruendo che ci permette di costruire le nostre idee generali; in quanto poi diventa una condizione di cose permanente è legata ad una dissociazione autonoma, facilita questa funzione alta ed utilissima dell'intelligenza. Grazie alla dissociazione ed all'impossibilità del riconoscimento mnemonico, le immagini elementari che con la loro unione e i loro legami esterni costituivano il ricordo completo ed autentico, rimanendo disposte rozzamente per rapporti di contiguità, subiscono una irreparabile disgregazione, che permette loro di contrarre rapporti più stabili e più utili con altre immagini elementari o coi complessi simbolici di altre immagini elementari. Le frazioni non riconosciute del ricordo vanno così a formarsi o a rifarsi le associazioni di somiglianza e di causalità che arricchiscono l'intelligenza — luogo d'ingombrare inutilmente la memoria di luogo e di tempo.

In questo senso un primo grado di attenuazione mnemonica, cioè la perdita dell'abitudine al riconoscimento, può dunque rappresentarsi un processo fisiologico ed utile, soltanto non strettamente necessario, all'evoluzione dell'intelligenza. Perciò l'involuzione parziale del ricordo (fattore evocato, ma non più riconoscibile) non è da considerarsi senz'altro come un fatto patologico. Essa non acquista questo carattere che quando colpisce i ricordi recentissimi e d'un alto interesse personale. Ora, nelle malattie mentali è ben difficile che l'amnesia si arresti al primo grado, e di solito insieme al riconoscimento va perduta anche l'evocazione, per cui si arriva alla dimenticanza completa. Tuttavia, in mezzo agli altri disordini della pazzia, possono anche manifestarsi singoli errori del riconoscimento mnemonico, errori che si confondono da un lato con le amnesie (incomplete e complete), dall'altro con deliri.

Qualche volta, anche tramandosi di fatti importanti o di recentissima data, i malati ne ricordano abbastanza bene l'argomento, ma rimangono incerti nel riconoscimento: *aversio incognitum*.

Le stesse allusioni possono nascere anche di fronte a rappresentazioni o percezioni che si producono per la prima volta, ma che assumono la maschera di vecchi ricordi: *paramnesia*, *false reminiscenze*, *errori della memoria*, *illusioni* e persino *obsessioni della memoria*. Meglio che dalle espansioni consacrate nella psicologia ufficiale, questo singolare stato psichico è definito da d'ASSAZZIO in « *Giornale Episcopo* » come il sentimento dell'*anteriorité* di ciò che accade o sta per accadere, per cui si crede di assistere alla ripetizione inevitabile d'avvenimenti già avvenuti. Cosa caratteristica, l'illusione paramnestica non è mai completa (paramnesia dubbia), e il falso riconoscimento rimane allo stato d'una sospice tendenza. In realtà, tutto ciò ha ben poco a che fare con la patologia del

memoria: la rappresentazione che è oggetto del nostro *delirio* ha un bel rassomigliare ad un ricordo, ma non è un ricordo e non ne possiede interamente neppure l'apparenza.

Questo fenomeno, molto studiato, è connesso con gli stati di confusione e di stanchezza affettiva. Lo s'incontra nella *neurostene*, nelle più così d'esaurimento o, più ordinariamente, nelle brevi crisi di depressione che sono così comuni fra i normali di mente raffinata.

Lo scambio d'una percezione mitta o d'una rappresentazione qualunque per un ricordo personale ha luogo abbastanza di sovente nei paranoici non più in forma di *delirio*, ma in forma di *certezza*: *paranossia affermativa*. Anche in questo caso la falsa certezza non dipende dalla funzione mnemonica, che non ha molto da cui agire dove manca una percezione o una rappresentazione *storicee*, ma è il prodotto della credulità, dell'impotenza critica e dell'autosuggestione, che fioriscono negli stati di *confusione mentale*, d'*insicurezza* e di *deficienza*. Infatti la *paranossia affermativa* è frequente nei *desseati senili*, nei *paralitici*, negli *orienti*, nei *paranoici* o negli *insensibili*.

I *recré*, la cui mente è instabile e la cui esistenza è una continua alternativa fra il sonno e la sonnolenza, scambiano spesso il ricordo ipagogico per un ricordo genuino, e credono o dubitano che sia realmente avvenuto ciò che hanno soltanto sognato: rumori nella camera vicina, visite di parenti, assalti notturni di ladri. I *paralitici* dicono e credono, fra *deliriosi* e convinti, d'essere stati a banchetto, a notte od in viaggio la sera innanzi, mentre non si sono mai mossi dal manicotto. I *paranoici*, infatuati dei loro deliri, li proiettano all'indietro, deformando i ricordi del passato non diversamente da quel che fanno con le percezioni del presente. Similmente gli *insensibili*, scambiando l'amnesia con la credulità o con la petulanza, riescono efficacissimi suggestori di sé medesimi e testimoni pericolosi nei processi. A tutti questi casi di *paranossia affermativa* si devono aggiungere le notissime menzogne in buona fede delle *obesiche*, che scambiano per una rimembranza personale il prodotto d'una fantasia appassionata.

CAPITOLO VII. I sentimenti

FISIOLOGIA DEI SENTIMENTI.

I sentimenti, accompagnandosi con le rappresentazioni, formano l'altro lato dell'attività psichica: il lato talvolta luminoso e sovrachiaro, spesso appena avvertibile, di rado del tutto assente, in cui sono contenuti i *motivi* della nostra condotta. Senza questa ripercussione sentimentale, che infonde ai fenomeni di cui siamo spettatori un certo interesse personale, rendendoci graditi o sgraditi, noi non avremmo alcuna ragione d'uscire seppure per un istante da una passiva e sterile contemplazione, e l'intelligenza non servirebbe a nulla.

L'intelligenza ci fa conoscere la realtà rispecchiando i suoi innumerevoli aspetti mediante una serie di rappresentazioni interne, che corrispondono o letteralmente o logicamente all'ordine distettivo dei fenomeni esterni e non ne sono che un duplicato più o meno fedele. L'attività sentimentale, invece di rispecchiare gli oggetti e gli avvenimenti per quel che sono in sé stessi, li segnala alla coscienza per quel che valgono rispetto a noi, ossia per quel che ci fruttano di piacere o che ci costano di disagio.

Questo dilemma fra il benessere e il malessere psichico, che si presenta incessantemente davanti a tutto ciò che è capace d'impressionare la coscienza, non è che la traduzione in termini subiettivi del lavoro fra il bene e il male a cui il nostro organismo è esposto continuamente nello sviluppo e nell'esercizio delle sue funzioni. Per rendere possibili le discriminazioni, non basta che gli avvenimenti siano raffigurati nella coscienza come rappresentazioni, ma è necessario ch'essi siano sentiti come piaceri o come disagi.

A questo modo anche i sentimenti rientrano nella legge di corrispondenza col mondo esterno, al quale sono legati indissolubilmente, benché per mezzo d'un rapporto indiretto ed affatto unilaterale. Nel piacere e nel dolore psichico è racchiusa l'indicazione richiesta, ma che di rado

fallace, un «cattagì» o sei danni che l'organismo riceve dalle «oscitazioni» pericentriche, ed appunto in questa indicazione automatica, precisa ed irresistibile si deve ravvisare la vera funzione biologica delle intazioni sentimentali. Da essa scaturiscono le autosuggestioni che stimolano, temon-gono e guidano la nostra attività.

Innanzitutto il sentimento che proviamo in proposito d'una situazione presente o già accennata è destinato a diventare una norma preventiva di fronte alle situazioni future ed analoghe, che noi potremmo raggiungere ed evitare a seconda del piacere o del dolore che ci sembrerà di doverne ritrarre. Nell'economia funzionale dei processi psichici, le reazioni sentimentali sono dunque l'elemento intermedio fra il pensiero e l'azione, ossia l'epilogo pratico di tutto ciò che sappiamo e la premessa necessaria di tutto ciò che facciamo. Nell'economia generale dell'organismo, i sentimenti diventano un valido mezzo di protezione indiretta, perché dietro al loro fine immediato e visibile, che è la ricerca positiva del piacere o negativa del dolore, si inscrive la legge biologica per cui è avvenuto di colori graduali ciò che è conforme ai nostri bisogni organici, ed è reso antipatico ciò che è al essi contrario.

Anche il semplice esercizio delle funzioni vegetative, perché si compie con regolarità e con qualche partecipazione della coscienza, ed che accade soprattutto dopo una malattia, risveglia un oscuro sentimento di benessere che ci incoraggia ad allungare o ad accrescere la nostra esistenza. Ogni minima difficoltà nei processi del ricambio si riverbera immediatamente nella coscienza, turbando il nostro stato sentimentale e compromettendo il riposo e il ricostituirsi. Alle influenze interne (conspicuenti) si aggiunge l'azione (operiferica) degli avvenimenti esterni. Qualunque sia lo stato d'animo che ne risulta, per poco che si prolunghi nella coscienza o che vi si ripeta per successive evocazioni immaginarie, esse tendono sempre a significareci più o meno favorevolmente anche noi è soprattutto da un'esperienza contraria e più forte.

Però gli «oscillamenti» che raggiungono una certa durata ed intensità determinano in generale una maggior disposizione verso le reazioni sentimentali dello stesso genere, cioè un dato «avere», che è come la risposta prestabilita a tutti i nuovi avvenimenti che per la loro importanza non impongono nell'indirizzo dei sentimenti un mutamento radicale. Si hanno così gli stati di buon cuore o d'allegria e gli stati di malumore o di trisolenza. Senza alterare la nozione obiettiva delle cose (salvo i casi patologici) l'animo modifica tutti certi limiti ragionevoli il punto di vista sentimentale da cui se le rappresentiamo in rapporto col nostri interessi personali. E ci sono individui che per particolarità straordinarie di costituzione, di carattere o di fortuna presentano in tutto il cielo o in un periodo

della propria vita un motore dinamico che, per essere costantemente al lavoro o al disotto della media comune, sembra sottrarsi alle vicissitudini esterne ed interne.

Le singole reazioni di piacere o di dolore psichico che seguono immediatamente gli avvenimenti benefici o nocivi variano d'intensità, talvolta fino ad invertirsi, sia nei vari individui, sia nello stesso individuo da un momento all'altro, senza che se ne possa arguire nulla di certo sulla natura della personalità psichica. Le aberrazioni isolate dell'animo non sono, in generale, riconosciute come un titolo sufficiente per la diagnosi di pazzia o d'anomalia mentale. Soltanto gli alienisti e non tutti (come considerare come patologiche quelle manifestazioni violente dei sentimenti che, quantunque fatte fuori dai quadri ufficiali della psichiatria, dimostrano l'assoluta rottura della condotta superiore del soggetto o gli fanno compiere atti d'eccezionale gravità, non evidentemente contrari al suo suo interesse presente o remoto).

Un giudizio più facile e più deciso si dà generalmente su quelle estremizzazioni vivaci ed improvvise di sentimento che chiamiamo col nome di emozioni. La sorpresa, il terrore, la gioia, la volontà possono portare una nota d'estrema deviazione individuale sia per la diffusione dei loro effetti, sia per la singolarità delle loro cause. Tuttavia l'irregolarità delle reazioni emotive dipende assai più da idiosincrasie dell'intervento spirituale e intellettuale che da anomalie del carattere morale. Il fenomeno psichico non si figura che come un fattore occasionale.

Fisiologicamente l'emozione non è soltanto il corrispettivo sentimentale e immediato d'una rappresentazione sorprendente o rallegrante, ma è soprattutto lo stato di coscienza complesso che persiste e ingrossa nel tratto sensitivo portato di contrassegno dai visceri, nei quali si svolgono reazioni secondarie provocate dallo stato psichico automaticamente. Le reazioni viscerali si producono in modo rapido, intenso e multiplice per tutto il corpo, specialmente nei muscoli, nei vasi, nelle ghiandole, e danno luogo ad alterazioni del polso e del respiro, a brividi, a sudor freddo, a pallore improvviso, a scoppi di riso e di pianto, a diarrea improvvisa; o noi non ci convinciamo tanto di ciò che è avvenuto, quanto del tumulto viscerale che ne abbiamo provato.

Dal punto di vista dell'intervento in genere, poi che in quello della psicologia, si può riguardare come anomala l'emozione che non è adeguata all'importanza ologica del contrasto, del pericolo, della fortuna o dell'ordine atto funzionale in cui l'organismo si trova impegnato; e molto spesso l'esagerazione o l'insufficienza con cui si producono gli stati emotivi di sorpresa, di terrore, di gioia, di volontà non dipendono che dall'esagerazione o dall'insufficienza con cui si diffondono i riflessi secondari nel campo dell'intervento viscerale.

Le oscillazioni estreme dell'amore potrebbero senza dubbio, se dispossero i limiti comuni d'intensità e di durata, esercitare una notevole influenza sulla nostra felicità, sulla nostra condotta e sulle nostre opinioni. Ma normalmente queste disposizioni generiche dell'amore non variano che in piccola misura. Contro le oscillazioni maggiori stanno le resistenze intrinseche che gli organismi sani fanno in serio e netto in azione appena il dolore e il piacere, invece di servire come semplici segnalatori, minacciano d'esorbitare dal loro ufficio biologico e di compromettere quel benessere che dovrebbero tutelare. La stanchezza, fisica e morale che segue la crisi d'allegria; la ristrettezza organica e d'animo proprio, di seraggio, d'attaccamento alla vita, che tien dietro inevitabilmente ai parossismi di disperazione, compiono efficacemente l'opera di riparazione. Perciò le vicende dell'amore, mentre da un lato sono esperte a tutte le accidentalità degli avvenimenti esterni, sono in grado d'adempire una funzione regolatrice sulla somma di piaceri e di dolori che tocchino a ciascuno nel corso della vita; e in luogo d'altresive le linee della personalità psichica, tendono piuttosto a pareggiare la disuguaglianza delle sorti individuali e con essa, in parte, anche quella dei vari caratteri.

Questa notissima legge di compensazione, per cui l'eccesso del piacere occlude occulutamente la sensibilità al dolore, e l'abuso del dolore psichico prepara il risveglio inopinato della sensibilità al piacere, ha condotto qualche psicologo ad interpretare persino le violente e prolungate alterazioni d'amore che costituiscono la pazza circuire come effetti di reazione reciproca fra sentimenti opposti. Ed anche la possibilità d'una esatta interpretazione conferma questo sia difficile rintracciare nella dinamica dei sentimenti quelle grossolane e indiscutibili alterazioni che sono invece così volgarmente riconosciute nei processi ideativi.

Nelle situazioni complicate i dati che ci vengono forniti dai sensi e dall'intelligenza e in cui possiamo spaziarci coi nostri presentimenti sono così numerosi e disordinati, che protraggono veri conflitti di tendenza. In cui, risolvendosi lo stato di perplessità o addirittura d'angoscia, prevale sempre la più forte. Il piacere o il disagio, diventando materia di memoria, di previsione e di discussione interiore, assumono dunque nuovi aspetti, e fanno luogo a stati di tensione sentimentale come il desiderio, la speranza, che finalizzano i nostri atti in senso di conquista, oppure il rifiuto e il timore, che suggeriscono i movimenti di difesa o le astensioni sacre l'intervento attivo dei processi inhibitori.

Oltre alle forme semplici e irriducibili del sentimento, si deve tener conto degli affetti e delle passioni. La pietà, la simpatia, il timore, la collera, l'odio, l'invidia, la gelosia, l'avarizia, l'amore proprio, la vanità sono

altrettanti stati di coscienza complessi, ma precisi, dove il sentimento si associa in un rapporto obbligato con particolari rappresentazioni, perché gli affetti presuppongono sempre un oggetto determinato sul quale il sentimento si specializza. Tutto ciò che vi è di vago e d'indistinto nella psicologia generale dei sentimenti tende a raggiungere un'esistenza quasi volgare nella psicologia degli affetti, che per la natura ben decisa della loro forma sentimentale e la limitazione sensibilissima del loro contenuto rappresentativo sono, in certo modo, gli atteggiamenti plastici e spesso caratteristici della personalità psichica. Gli affetti acquistano poi l'importanza di passioni quando s'istaurano nella coscienza come tendenze abitudini e predominanti, nel qual caso diventano un connetto del carattere morale e quindi un segno distintivo della personalità.

Nell'orbita degli interessi umani, oltre alla conservazione dell'individuo o della specie, si è organizzato anche il bisogno della conservazione sociale, che permette una maggior espansione e sicurezza agli interessi individuali. Perciò, accanto ai sentimenti egoistici, sessuali o di famiglia comuni a tutte le specie animali (prima, a parecchie l'ultima), esistono nell'uomo anche i sentimenti sociali, che però sono un po' tardi a comparire nell'ontogenesi come nella filogenesi.

Si è tentata più volte una classificazione del carattere, ma sempre con criteri o del tutto empirici o addirittura mistici. Un classico ridere dell'antica medicina è la dottrina dei quattro temperamenti (colerico, sanguigno, melancolico, flemmatico), che ha colto una così lunga e numerosa fortuna ed è ancora accettata, p. es. (chi lo credesse?) da Weiser. Le applicazioni di questa classificazione, che mira alla medicina, ma non è che psicologia larvata, si riferiscono soprattutto alle varie intelligenze morali. Affidandosi il terreno della pseudo-fisiologia, Rimor confonde e termina una classificazione limitata alla personalità animale, la cui base è l'inclinazione affettiva.

È assai probabile che l'umore e il carattere si affermino sotto una forma decisa e personale in dipendenza dalle modalità più intime del ricambio organico, i cui effetti si fanno sentire sulla funzionalità generale del sistema nervoso. La leptotrofia o la tachitrofia sono forse le due cause principali ed opposte dei diversi temperamenti affettivi. Ed è certo che per lo meno l'umore momentaneo può subire le oscillazioni più manifeste secondo lo stato fisiologico dell'apparecchio digerente e circolatorio, secondo gli ondeggiamenti della nutrizione generale, secondo le variazioni appena avvertibili della zenotesi, anche se questi mutamenti sono ben lontani dal costituire una malattia od un disordine patologico.

Una serie d'influenze oseree, o simili a quelle che determinano le oscillazioni d'umore, conduce, svolgendosi in maniera continua ed uniforme,

a instancabili regolari del carattere individuale che stanno in rapporto coi processi evolutivi ed involutivi del suo sesso e delle varie età. Sono continuamenti e generalamenti riconosciuti i tratti del carattere infantile, puberale, giovanile, adulto, senile, virile e femminile. Questi tipi di carattere riappariscono in patologia mentale o esagerati e sotto l'aspetto di vero caricature, o irrimediabili oltre l'età di prescrizione, o precoci avanti l'età normale, o spostati in rapporto alla sessualità fisica.

Infatti nel bambino impadroniscono i sentimenti sociali, che sono in parte l'irradiazione della sessualità, in parte il frutto tardivo dell'esperienza organizzata: l'atteggiamento, spoglio di qualunque movimento altruistico, è puramente ispirato dal bisogno diretto ed urgente di protezione passiva. L'adolescenza sviluppa coi primi germi della sessualità i sentimenti d'amor proprio, d'ambizione e d'aspirazione vaga agli ideali interiori del misticismo romantico e religioso; e insieme s'iniziano i primi differenzamenti fra sesso e sesso il coraggio nei maschi, la coerenza nelle ragazze che però dipendono in massima parte dalla grande e artificiosa diversità dei destini sociali. L'età adulta ottiene o per lo meno s'adattizza e sottomette a disciplina i più clamorosi fra i riflessi morali della sessualità, permettendo l'organizzazione e la prevedibilità di passioni più temperate, più utili e più in armonia con gli interessi ordinari e duraturi dell'organismo. Infine la senilità, impadronendo le fonti più vive del sentimento, elimina qualche volta le esuberanze perturbatrici, ciò che determina una maggior serenità di carattere, ma assai più di sovente l'acqua diossidante del processo involutivo, per quanto appaia naturale, ne possa documentare il confine della fisiologia, abbassando il carattere all'avarietà, alla grettezza ed al tentale egoismo della prima infanzia.

L'adecquato morale, la persona, la *dementia geriatrica* e senile, i *pervertimenti sessuali* rinnovato spesso, in proporzioni crescente o in condizioni impeditive, la psicologia affettiva di un'altra età o d'un altro sesso.

PATOLOGIA DEI SENTIMENTI.

1. **Variazioni patologiche dell'amore.** — In certe categorie d'adetti cronici si verificano varietà abbastanza tipiche dell'amore abituale, che non si possono considerare come sintomi né della psicosi, né d'una sindrome o stadio; ma simili variazioni non si allentano dalle proporzioni mediatamente da sostituire un'anomalia, o si spiegano piuttosto come un *correlato fisiologico* (per sé stesso normale) dei sintomi morbosi propriamente detti. Vi sono casi di innamoramento cronico, *chronische Verliebtheit*,

che costituiscono o una forma alterata, ma irreparabile, della normalità o un suo reliquato parimenti irreparabile. La tristezza, la timidezza, il pessimismo di questi anormali o viziati organi del sentimento, di cui fu forse un esemplare Filippo II di Spagna, non raggiunge le proporzioni morbide che si riscontrano nella vera melancolia: perciò la diagnosi sfugge e i malati non sono oggetti di cura, se di ammissione nei manicomii. E abbastanza costante, ma non di natura patologica, la torpidezza dei cretini e dei mazzettatisti, la vivacità di molti insensibili, la serietà concentrata di molti egotisti inselvatiti. In questi malati il malumore e il lassimismo sono l'espressione naturale della emerosi e l'uno stato affettivo conforme alla potenzialità fiaca.

Lievi oscillazioni dell'anore sono conciliabili con la più perfetta integrità mentale anche se non sempre si riesce a riscontrarne la causa legittima nell'ambiente esterno o nell'ambiente somatico. Certi avvenimenti di scarsa importanza influiscono sul nostro amore benché il loro riserbo rappresentativo non si trovi nel foco della nostra attenzione, ed anche i mutamenti costitutivi sono spesso sentiti ed ignorati o, piuttosto, trascurati nei quadri del movimento rappresentativo, mentre secretano un'azione corrodente nell'intimità del movimento sentimentale.

Fanno eccezione a questa regola le isteriche, le cui anore, indipendentemente dalle anomalie del loro carattere, varrà all'improvviso con oscillazioni troppo violente per poter ridursi a motivi inavvertiti. Eppure, queste malate ignorano il motivo della loro tristezza o della loro allegria; talvolta lo cercano in fatti o disturbi reali, ma che evidentemente non sono responsabili del disordine sentimentale o ne sono semplicemente l'occasione. Le isteriche illustrano la stessa indipendenza dai fattori fisiologici delle oscillazioni sentimentali anche per la loro facilità alle emozioni intrapressive. Esse impallidiscono, tremano, cadono in convulsioni e si squassano furiosamente per avvenimenti triviali o per leggerissime perturbazioni della coesione provocate dalla vista o dal pensiero d'un oggetto ripugnante.

La tristezza o l'allegria sono in questi casi l'espressione di processi anormali, che si svolgono nel cervello all'indole dei loro stimoli fisiologici. Si tratta d'un vero errore del sentimento, d'una specie d'allucinazione sentimentale che, come l'allucinazione sensoriale, può essere riconosciuta per morbosa ed anche in via d'eccezione rettificata, ma per lo più genera errori di giudizio, alterando il significato o le proporzioni degli avvenimenti; e trascina anche ad errori di condotta, invertendo ed esagerando le reazioni d'adattamento ad un ambiente realmente percepito, ma erroneamente sentito. Dunque, nel campo passivo del sentimento, le ossipatie e le antipatie improvvise, gli scoraggiamenti e gli entusiasmi,

il rapido avvicinarsi della modestia e della penuria); nel campo attivo della condotta, gli scoppi di riso e di pianto, gli atti di collera e di astensione, che sono così comuni fra le isteriche.

Con minor ricchezza di sfumature per la debolezza di materiale rappresentativo, ma con mutamenti di scena altrettanto repentini, si dimostrano esuberantemente instabili d'animo i *depressi apoplettici* e i *depressi senili*. Ed anzi in questi casi risulta ancor più chiara l'origine morbosa del fenomeno. La presenza di lesioni materiali nel cervello di questi malati autorizza a credere che anche i loro mutamenti d'animo, che si esprimono con tanta sovrabbondanza di mimica, sono dovuti a processi non solo abnormi, ma vagamente paragonabili a quelli abbastanza noti e precisi che determinano gli altri sintomi della malattia e che si svolgono principalmente nel dominio dell'apparecchio circolatorio. Le emozioni e il passaggio dalla tristezza all'ilarità sono nei dementi senili ed apoplettici assai facili e superficiali. Lo stesso si verifica, ma con minor costanza, nei paranoici progressivi. Perciò, mentre le crisi sentimentali delle isteriche sono spesso drammatiche, quelle dei dementi senili, apoplettici e paranoici non danno luogo che a contrasti grotteschi o puerili.

L'animo è instabile, ma in modo più ragionevole, benché ad oscillazioni estremamente vivaci, negli *epilettici*, che d'ordinario sono cupi ed irascibili o per lo meno seri con tendenza all'ipocondria; ma qualche volta, in uno stato di leggerissima confusione mentale, che forse è un equivalente abortivo dell'accesso, toccano per un momento l'apogeo del liutunismo e sfoggiano un'allegria di cattivo gusto, antipatica, condita di crudeltà.

Più frequenti, più caratteristici e quindi più importanti per la psichiatria sono quegli spossamenti d'animo che si protraggono per settimane e per mesi senza interruzione o sul tono della tristezza o sul tono dell'algia, e che formano le sindromi della *depressione* e dell'*astensione sentimentale*. L'assenza morbosa e protratta di qualsiasi reazione sentimentale forma una forza sindrome: quella dell'*apatia*.

DEPRESSIONE SENTIMENTALE. — La depressione sentimentale è il prototipo delle molte malame mentali (secondo GUYRAIS di tutti), è la fase obbligatoria di altre, è il sintomo tipico della *melancolia senex*, è il sintomo fondamentale delle altre varietà di *melancolia*.

I numerosi sintomi di quel ricco quadro clinico che corrisponde alla *melancolia* nascono e si moltiplicano appunto nell'atmosfera della depressione sentimentale. Sotto quest'atmosfera opprimente ogni processo psichico stampa nella coscienza il suo solo dolore. La percezione del presente, la contemplazione del passato, la visione dell'avvenire, le sensazioni più innocue, gli avvenimenti più insignificanti diventano una ser-

gesto di dolore, che da un'aggia sorda ed ostinata può arrivare fino alla disperazione. Il sentimento, scelta nascosta dell'organismo, in questa sua continua e falsata orientazione verso il male perde l'attitudine a segnalare il bene, e, fino a quando non cessa la malattia, non reagisce agli stimoli che dovrebbero recar piacere; o vi reagisce, ma in forma paradossa, cioè dolcemente.

La tensione dolorosa può deformare i giudizi che il malato concepisce sopra il mondo e sopra sé stesso, e ispirargli diffidenze o paure che si concordano in deliri. Di fronte al mistero d'un dolore senza motivo visibile o sufficiente, questi deliri costituiscono la soluzione patologica d'un dubbio sulcettivamente insolubile: essi assumono veramente la forma della certezza, ossia d'un vero delirio, come nella paranoia, e si arrestano piuttosto alla base di un'ipotesi (irragionevole e dolorosa. Se poi il malato, conservando l'integrità dei suoi giudizi non è frequente), si astiene dalle interpretazioni deliranti, l'ignoranza dei motivi non è meno caltriciante del delirio, perchè genera per lo meno il dubbio ragionevole d'un dolore indipendente da cause esterne e rimovibili, e perciò dovuto, forse, alla costituzione nervosa, ossia ad un privilegio funesto che incanaglia il più amaro pessimismo. In materia di patologia dei sentimenti non è fuor di proposito citare un poeta decadente quando, come Paul Verlaine, abbia conosciuto per esperienza propria anche questa nota della gamma melanconica:

*Je devais, en naïve enfant,
C'est bien la pire peine,
De ne savoir pourquoi,
Sans amour et sans haine
Moi, pour n'être que peine.*

La depressione dell'animo spinge i malati anche ad irregolarità gravi della condotta; ad atti d'estrema, di timidezza, di strosia, di fatalismo, di rancuna, che mettono a repentaglio i loro interessi. Fra questi atti non è raro il suicidio. Se poi al disordine sentimentale si misce anche il delirio; o se, come nel *typhus autointoxicans*, il menzichismo doloroso oscura la coscienza, in tal caso le aberrazioni della condotta toccano l'estremo fondo dell'immensità. Si vedono alienati al colmo della disperazione, che invece di finirla con la vita, ciò che nelle loro condizioni sarebbe forse logico, preferiscono mutilarsi i genitali, denudarsi come rei di colpe immaginarie, rivoltarsi contro sconosciuti insetti o non odiati né temuti, senz'altro finché che quella di procurarsi un diversivo a qualunque costo.

ESALTAMENTO SENTIMENTALE. — L'esaltamento sentimentale si manifesta con sintomi più o meno esattamente contrari a quelli della depressione, ed è

un episodio frequente della *psittaculoprosopatia*, è un elemento integrante di certe psicosi cicliche, e rappresenta la sindrome intera dell'ipomania.

Finoché l'esaltamento è breve, tutti i processi psichici si compiono con un'insolita alacrità ed esuberanza, spandendo nella coscienza del malato la letizia, la soddisfazione e la confidenza in sé stesso. Come l'ubriaco, l'esaltato diventa perciò più espansivo, più intraprendente, più coraggioso, più petulante e talvolta anche più prepotente, senz'accorgersi che la sua monomaniacità ha un'origine maledica. Per lo più la consapevolezza della propria mania anche a cose finite, e non comparisce negli esaltati quanto che come una ragionevole acquiescenza all'opinione altrui.

Il locomotore dell'ipomania, salvo qualche petulanza, sembra ineccezionale: non lo abbandona quasi mai, gli rende inevitabili i periodi, facili disgrazie, facile la vita, piacevole la lotta, al cui termine non prevede che sicuri trionfi. Un ostacolo improvviso attenua qualche volta la sua esuberanza, ma il rapido adattamento ad altri obiettivi e il sentimento della propria superiorità gli ispirano una tolleranza, una bonarietà, una facilità d'animo, che fa del manaco un alienato che poi non pare.

Vi sono individui di carattere leggermente anormale, che sono esaltati in permanenza per tutta la vita: progettisti impetenti, sempre pronti ad abbracciare una nuova carriera, indubbi senza volerlo, importuni senza saperlo, possono trascinare sé e gli altri a grandi imprese politiche, filantropiche, finanziarie, che spesso finiscono miseramente. Simili individui si meritano appunto la loro « il nome d'esaltati »: ciò loro atteggiamento sincero ma teatrale attorno l'attenzione momentanea del grosso pubblico, e finiscono per essere giudicati come parrucchi o impostori, mentre le realtà non sono che anormali, nei quali l'esaltamento sentimentale è una qualità talvolta colossale, talvolta semplicemente perfetto del carattere costituzionale.

Infatti gli stessi soggetti possono presentare un lieve grado d'esaltamento con perfetta facilità d'intelligenza anche sotto forma regolarmente interrotta. La loro anomalia è resa anche più evidente dal contrasto con gli intervalli d'equilibrio, o da quello molto più evidente coi periodi depressivi, che s'intercalano tra quelli d'esaltamento. Nelle fasi d'esaltamento sentimentale gli anormali di questo genere diventano spesso affaristi, gradassini, accattabrighe, quindici, e finano speculatori, pubblici trattenuti, polmariti o processi che poi abbandonano, ma che riprendono ad un nuovo accesso. Questa facilità agli entusiasmi effimeri, ed inoltre essi nel miraggio delle avventure, o *s'evadent*, ha descritto recentemente da Zola col nome di *Hypermancie*, e il sentimento in questione sarebbe comunissimo tra parrucchi rari nei maniaci. Per parte mia, lo credo piuttosto frequente nei casi d'ipomania costituzionale, continua ed inter-

numerosi che sia: questi agitati *borderline*, che fanno disperare chi li avvicina, si trovano in tutte le professioni, in tutte le classi sociali, in tutte le gradazioni dell'intelligenza e della cultura. La loro lucidità aumenta i pericoli della loro incontrollabile agitazione.

Una miniera d'eposodi simili, ma più gravi e senza periodicità (qui ha ragione Zinnus): è la *paralisi progressiva*. In questi malati l'acuirsi del *parossismo* dell'intelligenza scopre senza possibilità d'equivoco l'origine *autistica* dell'esaltamento. È un vento di follia sentimentale che soffiando sopra un edificio già devastato, vi porta senz'altro l'incoscienza e lo staccolo. Perciò l'esaltamento *paralitico* conduce spesso a millanterie così ridicole, ad una megalomania così ingenua, che se ne può ricavare la diagnosi di *paralisi progressiva* anche in assenza d'ultri sintomi e in un'epoca affatto precoce. È interessante vedere come in questa malattia l'esaltamento sentimentale resista agli appelli deboli d'un organismo che si dissolve: esso sopravvive anche nelle fasi terminali, cioè quando il funzionamento intellettuale sembra aver privato gli sistemi non solo d'ogni incentivo all'allegria, ma anche d'ogni materia ad un sentimento qualunque. Così il *paralitico* ossessato, incapace di *sublimarsi* e di *partire*, alla vigilia della morte, balzetta ancora, in modo appena intelligibile, la sua frenata abbreviata di *hallucinazioni* *depressive*.

Quando all'esaltamento sentimentale si aggiunge la confusione dei processi percettivi e ideativi, fino al punto da interdire la coscienza, si arriva qualche volta al *terrore*, che è un'ira cieca e senza scopo. Il furore dei *zanzuari* e dei *dementi agitati* si scarica con violenza bestiale su tutti e su tutto, non solo spesso così è che un prodotto artificiale dei mali trattamenti a cui nelle famiglie povere ed ignoranti si assoggettano i malati di mente. In altri tempi questa parte di agente provocatore spingeva al regime di *severità* *solitario* inopportuno adottato nei manicomii.

L'esaltamento del *toro* sentimentale non raggiunge mai quella *continuità* e quella *coerenza* che sono proprie della *depressione*. Mentre la *depressione* del sentimento dà luogo ai deliri così caratteristici della *melancolia* e serve di sfondo ad una serie di quadri clinici non greci o bisceglgianti, la *iperestesia* dell'esaltamento sentimentale nel pensiero e nella condotta è più disordinata e discontinua. Momentaneamente ed anche per giornate intere si vedono infermi al massimo dell'esaltamento, come gli *ipomani*, in preda al *pianto* ed allo scongiamento, *paradisi* di buon umore, sia che hanno perduto la *liquore* e la *petulanza*; *dementi* che espongono il loro benessere con un contegno *sarcastico* ed *arrogante*. L'allegria *nocturna*, come l'allegria *fiatistica*, la *stupidità*, *lacrime* e *contraddizioni* che sono quasi ignote al dolore. Perciò l'impressione clinica dell'esaltamento è inferiore a quella della *depressione*.

INDIFFERENZA SENTIMENTALE. — La mancanza totale e continuata di qualunque reazione sentimentale caratterizza la *stupidité* od *émoussé* affettiva; dove la sospensione dei sentimenti va di pari passo con quella dei processi ideativi. Essa è il correlativo necessario di ogni allevolimento che colpisce i processi psichici, e perciò si riscontra anche nei vecchi sulla china della decadenza mentale. Questi malati, e in particolare gli *apopiques*, presentano spesso associata con quella dei sentimenti l'anestesia delle impressioni dolorifiche. In ogni modo, l'inerzia del loro pensiero e del loro contegno e la presenza d'altri disordini più appariscenti tolgono quasi ogni interesse all'alterazione puramente negativa dei sentimenti, che in questi casi è una conseguenza ovvia di un'infattività generale.

Nel decorso della *névrose*, in luogo della tensione dolciosa che ne è il sintomo più comune, si ha qualche volta uno stato d'aridità sentimentale, per cui i malati sono prestanti e si rimproverano d'esser diventati insensibili o soprattutto indifferenti. Questa *névrose* offensiva è piuttosto un'autosuggestione morbosa che un fatto reale; e di ogni modo, il *malade* che verifica o crede di verificare in sé stesso la perdita degli ostacoli affetti finisce per trarne motivo d'ammarezza e ricade sempre nel dolore. Che del resto l'insensibilità affettiva sia apparente o per lo meno qualificata ad atto dai malati, lo prova la circostanza che sovente essi pretendono falsamente d'esser stati duri di cuore e incuranti della propria famiglia o degli amici anche prima d'ammalarsi, dando così un saggio evidente d'illusione retrospettiva provocata dal loro pessimismo. D'altra parte è integrabile che alcuni infermi in stato di depressione non si occupano affatto dei loro familiari e si dimostrano esigenti ed impudenti a un segno tale da giustificare pienamente la loro confessione d'insensibilità affettiva.

7.° Variazioni patologiche nel dominio delle emozioni. — Tra i bambini nevrotici, molto più spesso che tra i normali, si verifica un fenomeno dei più caratteristici, quello del *parox nocturnus*. Durante il sonno, di solito poco dopo d'essersi addormentato, il bambino (tra i 4 e gli 8 anni) apre gli occhi, si mette a sedere sul letto con lo sguardo ansioso, agita le braccia come per liberarsi da un incubo, pronuncia parole incomprensibili o grida al soccorso senza riconoscere gli astanti. L'accesso si prolunga per mezz'ora o più, qualche volta si divide in due riprese: poi si calma la calma, e il resto della notte passa nel sonno profondo. Al risveglio manca il ricordo dell'accaduto. Questo crisi di terrore notturno si rinnova due o tre volte per settimana, ma nel più dei casi anche tutte le notti; è affatto eccezionale che si presentino durante il sonno diurno, che pure è così comune nell'etere infantile; e non compaiono mai nella

veglia. Il periodo complessivo della malattia può abbracciare molte settimane, mesi ed anche anni. Io conobbi una signora di 55 anni, semplice di spirito, che conservò quest'abitudine morbosa fino all'età adulta, che perciò dormiva in una camera separata, e che dopo la menopausa ha ancora di quando in quando brevi assalti di terrore con grida nel cuor della notte: non è nè isterica, nè epilettica.

Durante gli accessi di terrore notturno non mancano quasi mai le allucinazioni: i malati sognano. Tra le loro frasi confuse si possono affermare espressioni allusive che non lasciano dubbi in proposito: mostri neri, visi, catene, ladri, zingari, streghe, diavoli e tutto il repertorio delle fiabe con cui si intrattengono i bambini durante la veglia fanno la loro apparizione nella notte dopo alcune ore di sonno.

Si è cercato di collegare le paure notturne ad una causa unica: chi se ha debilitato l'epilessia, chi l'isterismo, chi il stamandulismo; altri invocano la dispepsia, le vegetazioni adenoidi della cavità nasale e la predisposizione morbosa della famiglia. Io credo che ognuna di queste cause possa determinare il fenomeno, che in ogni modo richiede o una gran violenza di stimoli esterni o una straordinaria ricchezza da parte dei centri nervosi che divergono, anche nel sonno, segnalarti e sommarli. Infatti il *pavor nocturnus* non è che un'emozione scabiosa, la meno ingenua fra le emozioni, ma nella stessa tempo l'emozione per eccellenza, il terrore. La sorgente secondaria, ma necessaria di tutte le emozioni è un disordine dei processi vasomotori, gastrici, respiratori e viscerali, che succede ad un'impressione esterna e la avvilisce. Nei bambini annullata la sensazione del disordine viscerale, pel tramite dei nervi centripeti, invade il cervello, vi provoca un sogno sinistro, ed è scaturita per la reazione viscerale ad una catastrofe d'origine esterna: di qui le manifestazioni paurose. Se il disordine viscerale è grave, il tumulto psichico che lo esprime indica la profondità del sonno infantile e l'incapacità dei centri nervosi di resistere agli stimoli centripeti; se il disordine è minimo, l'emozione che si svolge nei centri indica un'anomalia speciale del sonno, ed è un documento, un preludio ed un residuo di nevrosi e psicosi diverse, tra cui prevalgono l'epilessia e l'isterismo. Se poi le paure notturne si protraggono nell'età matura, esse indicano che la funzione del sonno si è arrestata alla fase infantile: *apnotatismo parziale*.

La particolare facilità a commuoversi per cause finì, talvolta per cause specifiche, per la vista d'un dato colore, d'un insetto, d'una faccia antipatica, per la percezione d'un suono, d'un odore o d'un sapore sgradevole, è una stigma fra le più caratteristiche dell'*ostentismo*. Gli *epilettici*, a loro volta, presentano di fronte ad ogni minima causa d'emozione i segni d'uno scompiglio viscerale, che si manifesta nel pallore improvviso,

nella mimica esaltata, nel viso bruciato, nel tremore della voce e della labbra.

3. Variazioni patologiche dell'affettività e del carattere abituale. — Le anomalie costituzionali del carattere, o differenza da quelle dell'intelligenza, non sono generalmente riconosciute come sintomi di malattia mentale. Bisogna ch'esse si trovino legate a deliri, a deficienza intellettuale o ad offuscamento della coscienza perchè il pubblico e molti fra gli stessi allievi possono, vincendole dal pregiudizio del libero arbitrio, riferirle ad una causa morbosa e quindi insegnarle alla patologia mentale. Eppure le deviazioni, comprese ed acquisite, dal tipo medio del carattere morale sono così frequenti in psichiatria, che non esiste psicosi di cui non possano esservi un sintomo o un prodromo o una causa predisponente o un residuo. Ed è disguidato se si debbano considerare per completamente normali coloro in cui sono recessive o mancanti certe passioni normali.

Alcune di queste passioni, come l'irascibilità, l'avarizia, la gelosia, lo stesso amore degli innamorati con la sua esclusività ossessiva, rassomigliano già per sé stesse la patologia, qualunque ne sia l'intensità e la durata. D'altra parte, se prevalgono in corrispondenza le malumori acuti propriamente detti, per quanto possano svolgersi con le complicazioni più gravi da parte dell'intelligenza, esse non recano affetti nuovi e speciali, ma si limitano a ravvivare straordinariamente, portandoli ad impeti patologici, certi affetti comuni, come la collera o la livida, oppure se spostano semplicemente l'oggetto, dando luogo a perversimenti affettivi che si affermano soprattutto nel campo dell'eroticismo e in quello della pigrizia.

Le anomalie del carattere costituiscono spesso una predisposizione latente alle malattie mentali, o si trasformano in una vera e propria psicosi solo quando si attivano ulteriormente o pel maturare dell'età o per l'improvvisarsi d'una distrofia organica o per l'accumularsi degli avvenimenti sfavorevoli. Allora il fattore affettivo trasforma i malati ad irregolarità di pensiero e di condotta talmente contrari al loro interesse ed alle abitudini medie, che anche l'opinione volgare finisce con l'ammetterle l'origine patologica, riconoscendo il dritto d'essere anche alla patologia del carattere.

Nella sua classificazione delle anomalie affettive Ruos distingue tre gruppi di personalità almeno, vale a dire:

1.^a caratteri che si malatizzano in periodi successivi della vita fino al più palmario antagonismo (Francesco d'Assisi, Maria di Magdala).

2.^a quelli che presentano tendenze coesistenti, ma opposte, da un verso o un disordine permanente ed accanto nella personalità psichica

incerti libertini o una conciliazione più o meno felice per mezzo d'un sotterfugio logico (positivismo scientifico e credulità religiosa, alnequazione dell'uomo pubblico e immobilità del privato).

3.° i caratteri instabili, polimorfi, senza unità, la cui condotta è un mosaico, il cui avvenire è imprevedibile, o i cui prototipi sono le ubi-ricole, gli avventurieri, gli inquieti, dove gli appetiti sono in eccesso e le inhibizioni in difetto, e che si compendiano nell'espressione d'infantile affetto.

Il saggio classificatorio di Riva rappresenta un notevole progresso per la psicologia patologica, ma non è certamente completo. Ai caratteri che risultano anormali per successive o simultanee contraddizioni di tendenze morali bisogna aggiungere una categoria di personalità non meno strana e lontana dalla normalità, ma in cui predomina una passione almeno per natura, come la crudeltà, la collera, la gelosia, o per grado, come la lussuria e l'avarizia. Quest'ultima categoria di personalità patologica che fu omessa da Riva, ma che forse abbraccia la massima parte dei perversi costituzionali, sfugge per ora ad ogni possibilità di delimitazione.

L'azione repressa d'una passione scabrosa si scorge assai più facilmente dal punto di vista di un'attenzione schizofrenico intellettuale, ma già in tale. Dietro all'idea incoercibile si cela la follia, essa una forma speciale ed originaria di pazzia che viene d'oggetto da un caso all'altro, ma che conserva il suo inalterabile profilo in tutti gli innumerevoli quadri dell'ossessione. Per un processo di dissociazione affettiva, la limitatezza del carattere, in luogo di rivelarsi logicamente di fronte a qualunque pericolo, si organizza parzialmente intorno ad un ordine limitato di sensazioni o di avvenimenti spesso quasi sprovvisti di qualunque temibilità. Questo disarmonico e contraddittorio si riscontrano sovente, ma assai attenuato e suscettibile di correzione, grade nei normali. Sono pochissimi i mentali limati che non possano vantare almeno una linea parziale di coraggio; e sono pochi i coraggiosi che non presentino almeno una forma limitatissima di pusillanimità parziale. Per poco che la dismettibilità si scagoli ed esca dallo stato latente, per esempio col concorso d'un disquilibrio organico o dell'esaurimento nervoso, si forma l'ambiente ossessivo di follia da cui scaturirà l'idea o l'impulso incoercibile.

Parimenti, non è difficile rinvenire la passione che costringe il giudizio anche dietro la convinzione delirante del paranoico, dietro ai dubbi del melanconico, dietro alle ostentazioni del degenere giovanile.

Il parossismo sceglie complicità, amici e premurosità allegoriche perché è sospettoso, superbo e misero. Qualche volta le sue allucinazioni, perottamente minate al delirio, convulsano anch'esso in massima ragione

emotiva. Fra l'ambizioso e il perseguitato non v'è che questa differenza: che l'uno crede alla realtà di ciò che *tiene*, l'altro alla realtà di ciò che *spera*. Nell'eccitata di questo timore o di questa speranza è già contenuto il germe del delirio.

L'ambizioso megafonoide segna allarmee, suditi e consacrazioni solenni perchè è vano, sciocco e coccolato e, fra le molte interpretazioni possibili della propria posizione nell'universo, sfonda con sicurezza la più singhiera pel suo amico proprio, anche se è la più intonata ed inverosimile.

Gli *ipocodritici* sono ispirati da una esagerazione morbosamente egotistica dell'attaccamento alla vita, che nei normali non si impone alla coscienza se non in casi di pericolo o in brevi momenti di debolezza, ma senza provocare convincimenti, né dubbi di natura delirante.

Del resto è comune in molte classi d'alienati lucidi il fervore precoce e segreto con cui si abbandonano alle ansie della finitudine. L'infinito ha un fascino che è giusto anche dai normali raffinati, ma i degenerati e gli imperfetti se ne isottigliano fino al delirio. Nei momenti d'ansietà e di dolore ripulmano le superstizioni. La paura della morte, l'orrore della morte altrui, l'aspettativa d'una sentenza rigettano le intelligenti delusi nelle braccia della religione. Lo sgomento dell'ignoto spinge i timidi che si sono trovati qualche volta all'oscuro nei meandri del misticismo. Le misteriose supposizioni di voluttà che presumono l'olole-scenza tendono altri agguati, e talvolta legano alla coscienza idee soprannaturali che si trasformano in deliri. Gli inferni, già solitari per la loro indole nupera ed antisociale, si isolano anche intellettualmente, allontanandosi sempre più dal modo di pensare della collettività, che è in istica soltanto per abitudine e per ragioni pratiche. La disaffezione del partito mistico arriva fino al disprezzo della propria famiglia, e la induce a scalfare i genitori e a crederli figli di principe o di personaggi fantastici ed altolocati.

Le strazianti e le impulsività vengono apprezzate anche volgarmente come manifestazioni morbide ogni qualvolta sono il frutto d'una metamorfosi così straordinaria e così peggiorativa in confronto del precedente dell'individuo, da metterle sotto una loro assolutamente nuova. I suoi atti e i suoi sentimenti tenderanno il prodotto di un'altra personalità o sarebbero inexplicabili senza l'intervento d'un fattore morbosogeno. Questo fattore è spesso rappresentato da un trauma.

Le psicosi traumatiche, anche se non danno luogo a deliri e ad allucinazioni, si riconoscono nella passività del carattere, talvolta nell'insensibilità, nella disomogeneità, nella scomparsa del senso morale. La stessa dissoluzione più o meno completa del caratteres si osserva spesso nell'insolito cronico: l'ab-

volta i malati, senza venir meno alle leggi dell'onestà, si limitano a trascurare i propri doveri o la nettezza della persona o le norme della creanza, diventando trascurati, rinici e grossolani.

Anche il processo della *paralisi progressiva* s'inizia quasi sempre spogliando i malati di quei poteri inhibitori che solevano trattenerli dagli atti di spensieratezza. I paralitici diventano arrischiati negli affari, poco scrupolosi, liquori e talvolta sinceri fino all'ingenuità, appunto perché hanno perduto non tanto la capacità intellettuale quanto l'interesse morale a riflettere ed a frenarsi. Sebbene siano ancora in grado di capire la portata dei propri atti o delle proprie parole, rifuggono da uno sforzo d'inibizione di cui non sentono più l'importanza. Per essi tutto è semplice, senza volti e senza malizia. Il loro ottimismo puerile li rende insensibili ai pericoli ed alle disgrazie. Così si vedono paralitici ancor lucidi e validi, ma che per crisi pericolose hanno perduto l'impiego o la clientela, abbandonare la riconquista all'iniziativa delle loro mogli, lasciandosi rimproverare da esse senz'alcuna umiliazione e con passività compieta, sia nel maneggio degli affari, sia nel governo della famiglia.

Il carattere morale subisce trasformazioni vistose e tipiche nel processo involutivo della eccasia. Vi sono individui che, investendo, perdono ogni affettività: detestano i principali e tenacissimi della ricchezza e dell'autorità, esercitano una tirannia grezza, testarda o bisbetica sui familiari, sui dipendenti o sui popoli di cui disgraziatamente stanno a capo; spesso prendono a disamare o ad invadere i propri figli, o celoso o strani ricreghi dell'eroticismo, della vanità e dell'autolesione; o, scendendo agli ultimi gradi dell'egoismo, si disinteressano completamente di tutto ciò che oltrepassa i confini della loro camera, del loro scrigno o della loro mensa. D'altra parte, non mancano esempi del tipo contrapposto, cioè del vecchio che diventa più indulgente, più amabile, più generoso o soprattutto più sereno di prima. Eppure, anche questa specie di metamorfosi benefica è dovuta a lesioni distruttive, perché in fondo non deriva da nuovi acquisti affettivi, ma dalla scomparsa delle passioni e preoccupazioni perturbatrici, ossia da un processo di semplificazione del carattere, che entra nel quadro dell'atrofia corticale. Vi è chi perde virtù (è il caso più generale) e chi non perde che qualche difetto. Queste perdite successive, se si complicano con l'indebolimento intellettuale o con l'ansietà, come avviene assai di sovente, comunicano un'impronta del tutto speciale ai noti deliri della *dementia senilis*.

Il carattere dell'*epilettico* si distingue a sua volta per certe contraddizioni affettive che costituirebbero un enigma se non si spiegassero come un riflesso della malattia. È tutta l'intermittenza ardente con cui gli epilettici aderiscono certe formalità del rito religioso o esercitano la propaganda,

mentre d'altra parte trasgrediscono le prescrizioni più essenziali della morale (SAUR). Questo contrasto deriva dall'azione di due influenze opposte. Da un lato l'invalidità epiletica costringe i malati a considerare il mondo e se stessi con un'austerità monastica, che è imposta dalla gravità dei loro bisogni e che è spesso una virtù fondamentale del loro carattere; dall'altro le vicissitudini scatenate dalla malattia portano una violenza o una violenza d'impulsi che può tentare gli epilettici nei limiti del tanto comune ai loro principi. Così si spiegano le alternative, a volte scabellite per segni d'ipercinesia, dal fatto della stessa epilessia in asteno e un dispendio, un lègato e un bestemmiale, un aserto e un salito.

Per cause simili, ma con metamorfosi di gran lunga più preciliore e più irregolari, varia, come si è visto, l'amore; e con l'amore il caritativo della infermità. Di queste malate spesso si esagera la falsità e la tendenza alla giustificazione perché si disconosce che il carattere, come ogni altra manifestazione dell'attività nervosa, possa esentare lo influenza patologica, mentre esso è forse, fra tutte le funzioni psichiche, precisamente la più vulnerabile. Nel loro rapidi passaggi dalla perdità alla beatità, dall'odio all'amore, dalla crudeltà superba alla bontà calorosa e modesta, le isteriche sono assai più sincere di quanto sembra. Le metamorfosi del loro carattere non sarebbero accettate per morbide se si compissero lentamente, accompagnando l'evoluzione o l'involutione dell'età; ma non possono passare per naturali quando, non essendo simulate, toccano a bruo d'istante di tempo gli estremi opposti della scala passionale.

Lo stupore che incontra la tesi della morbosità applicata al sub carattere ricopre più vivo, e più in coloro che non si occupano di psicologia, davanti ai casi puri di pazzia morale. Questa pazzia, che consiste appunto nella deficienza per lo più congenita del senso morale, ossa della compassione e solidarietà che ci unisce agli altri uomini o persino agli animali domestici, è facilmente compresa ed ammessa quando si somma con l'antecellente, ossa con la deficienza intellettuale. Ma se l'insufficienza morale si presenta come un fenomeno isolato, senz'essere accompagnata e giustificata dalla povertà dell'intelligenza, la diagnosi viene ad urtare direttamente contro l'ossola tradizione del libero arbitrio, forte della sua doppia scaturigine, empirica e metafisica; e riesce praticamente insostenibile di fronte a giudici o predani sanno di Sigmundismo giuridico o religioso.

Lo stesso LOMBRÒS ha fresso preferito d'studiare questo precoscetto, in luogo di combatterlo: lo combatte dal punto di vista psicologico e con molto vigore ENRICO FRANCO quando, per far entrare la criminalità e l'insensibilità morale nel porto della patologia, lo sterilizzò con numerosi sforzi all'epilessia. In realtà, siccome il carattere morale è una tendenza

organica dell'attività cerebrale e niente di più, non vi è alcun bisogno di documentare la fatalità meccanica della sua anomalia con mostruosità gnosologiche, con traumi o con accessi convulsivi rientranti, che nella massima parte dei casi sono ipotetici o non influiscono sulla degenerazione etica. Bisogna poi guardarsi dal giudicare come obliqui i non pochi criminali intelligenti che portano il marchio della criminalità ingiustamente, cioè in seguito ad orrei giudiziari o in base ai grossi errori del codice o dello morale corrente, e riflettere, invece, che la massima parte dei reati individuali sono l'espressione delle anomalie ed imperfezioni sociali.

L'incoerenza più completa e più violente del carattere si riscontra nei *dementi giovanili*. Questi infermi, che spesso conservano intatto il senso dei propri risenti, che in certi momenti parlano non senza arguzia, che scrivono con apparente assennatezza, commettono le più madornali incoerenze di condotta o di contegno, e giungono ad un punto tale di assurdità, da generarsi, come le isteriche, il sospetto dell'ostentazione continuata. Nei dementi giovanili non si formano poi o si dissolvono quelle abitudini d'imitazione sistematica, la cui misura e direzione costituisce il principale distintivo della personalità psichica; quantunque la coscienza conservi la lucidità ordinaria, i malati si abbandonano a tutte le stravaganze suggerite dalla fantasia senza curarsi se riescano vantaggiosi o nocivi ai loro interessi più remoti. In possesso d'una discreta esperienza, di parecchie cognizioni e persino di qualche ingegno, i dementi giovanili, per l'ostinazione che spiegano nel non sottomettersi, sembrano la caricatura volontaria degli insensiti.

A loro volta gli *schizofrenici*, anche giungendo a tarda età, sono la caricatura, però evidentemente involontaria, dei fanciulli, a cui rassomigliano per la spensieratezza, la *evanescenza* e la *vanità*. E gli stessi *paranoici*, nella fede che prestano alle proprie costruzioni fantastiche, non fanno che sviluppare i germi ipertrofici di quel misticismo, che fra i normali fiorisce per breve tempo nell'adolescenza, ma per estinguersi appena sopravviene l'età adulta.

I turbamenti dell'affettività e del carattere possono venir confusi con quelle oscillazioni fisiologiche che consentono anche ai normali di differire tra di loro e con sé stessi a seconda dei momenti. L'equivoco è abbastanza frequente per le alterazioni brevi ed isolate con cui così spesso le malattie mentali incominciano. Del resto, anche individui apparentemente normali sono talvolta esposti a buffere passionali così violente, da lasciar cadde al dubbio, che può concretarsi in un problema giudiziario, se non debbano essere interpretate e scusate come fenomeni patologici. Certi esplosioni d'odio, d'amore, di ira, di collera o di paura, specialmente così presentanti in giovani, il cui carattere è tuttora un'incognita, costituiscono un questo spesso insolubile per l'alienista chiamato a pronunciarsi.

Può anche darsi che la manifestazione passionale sia l'effetto d'una doppia causa: cioè che si debba in parte ad una personalità estrema, ma non decisamente anormale o psicopatica, in parte ad un disordine insolito o passeggero, che agisce come un fattore supplementare. Questo fattore esogeno, che qualche volta è dimostrabile praticamente, può agire anche da solo. È evidente che certe infermità o disordini momentanei dell'organismo, come la *verruccia*, l'*alberismo*, l'*alcoolismo*, l'*idrosfrezza*, la *nevrologia*, anche se rispettano completamente l'intelligenza e sono ben lontani dal raggiungere il grado di vero e proprio psicosi, minacciano da vicino tutti i psicosi nervosi, compresi gli affettivi. Non vi è motivo di meravigliarsi se, in un momento di soprassaturazione patologica, la minaccia si realizza, perversendo od esagerando l'intensità della reazione passionale.

Queste ed altre raffinatezze di casistica morale son lutto ancora oltrepassata la soglia della psicologia letteraria, che del resto si è resa spesso benemerita della psichiatria con anticipazioni molto felici. Ma gli alienisti non sarebbero così spesso chiamati a pronunciare sulla responsabilità di delinquenti lucidi e passionali giulivi rani ed incappati, se la legge penale fosse più larga e ragionevole nei suoi criteri direttivi. Sotto l'influenza delle idee moderne i tribunali accordano facilmente l'irresponsabilità e quindi l'impunità ai criminali più incorreggibili perché si ritengono anormali e seguiti d'inferiorità che interpretano come causa necessaria ed organica del reato. I rigori della legge sono invece riservati ai delinquenti passionali, che per loro sventura raccomandano assai di più al tipo medio della gente onesta o normale e che perciò sentono anche più vivamente il minuzioso e la voragine del castigo. Eppure i delinquenti passionali sono più meritevoli di simpatia e immensamente meno pericolosi dei così detti delinquenti nati.

CAPITOLO VIII.

I movimenti e le altre reazioni esterne.

PSICOLOGIA DEI MOVIMENTI.

L'intelligenza si estrinseca principalmente per mezzo dei movimenti volontari: gli atti e le parole d'un individuo sono il grande indice delle sue condizioni psichiche. Ma qualunque altro processo d'interazione centrifuga, anche il più umile, può fornire all'occorrenza indizi indiretti. Negli archi fisiologici della vita vegetativa penetra dall'alto l'influenza psichica e qualche volta si rivela con reazioni visibili e perturbazioni caratteristiche. Negli atti psichici si deve poi sempre presupporre un autefatto sensoriale che proviene dal di fuori o cenestetico che proviene dall'interno: per quanto remoto, indistinto o dimenticato, questo precedente necessario opera come uno stimolo fisiologico e riduce anche le iniziative volontarie al grado di riflessi, non diversi dalle reazioni comuni che per la loro maggiore complicità, dalla secrezione d'una ghiandola alla contrazione dei muscoli lisci o da una singola determinazione ad un programma di condotta che si esplica lentamente nel ciclo d'una vita umana, costituiscono l'omeostasi relativa con cui funzionano ordinariamente le diverse reti nervose del simpatico, del midollo spinale, dei gangli subcorticali e della corteccia cerebrale, è dunque una catena continua di reazioni simili e solidali.

Da questo punto di vista la psichiatria prende in considerazione non solo le manifestazioni motorie che sono il prodotto diretto del lavoro intellettuale, ma anche i riflessi inconsciuti. Nella nostra faccenda, nelle reazioni delle pupille, in quelle dei nervi spinali si leggono commenti importanti al dramma talvolta oscuro che si svolge internamente; e tutti questi riflessi formano una controscena muta che può vincere in evidenza, come sempre vince in semplicità, la serie sostanziale e contraddittoria delle azioni volontarie. Così si utilizzano per lo studio dei fatti psichici tutti quei fenomeni d'interazione centrifuga che, essendo suscettibili d'analisi, possono palesarci qualche cosa sullo stato degli organi corticali: gli atti voluti, gli atti infinti, i movimenti espressivi, o persino quei ri-

flessi volenti (secrezioni, tono muscolare, volismo) che non hanno alcun significato psichico, ma soltanto in qualche modo la pressione dei centri sovrasensitivi.

Si classificano fra le volizioni gli atti che compiamo in pressione d'un effetto preciso e conforme ai nostri desideri, ossia al nostro carattere. Spesso l'incertezza della previsione e il conflitto di desideri contrasti rimanda la risoluzione e ci fanno perdere la visione della nostra finalità: noi crediamo di agire, cioè di scegliere liberamente fra varie possibilità, si agisce ad un'iniziativa autonoma e incoordinata della nostra volontà. Invece non possiamo mai far altro di meglio che reagire, obbedendo al desiderio preponderante nel modo che la nostra intelligenza ci suggerisce come il più opportuno.

L'ordine della volontà è strettamente legato alla struttura originaria del cervello e dalla fortuna degli avvenimenti. Infatti è da queste due condizioni che dipende l'economia generale dei sentimenti (desideri) e dei pensieri (previsioni) da cui nascono le volizioni. Più precisamente, gli atti volitivi si devono interpretare come risposte intelligenti ed obbedienti agli stimoli che pongono permanentemente la coscienza sotto forma di desideri. E appunto per ciò che costitutivamente le manifestazioni di volontà non differiscono dagli altri fenomeni riflessi, salvo per la loro intenzione. Non ne differiscono assai neppure subintenzionalmente, se, come spesso avviene, non si presenta alcuna ragione d'incertezza preliminare o il processo d'elaborazione coscienza si riduce al minimo; o quando esiste, come nelle menti filosofiche, la chiara nozione di tutti i motivi determinanti; o quando interviene l'interesse di provare la propria irresponsabilità; o quando la paura o l'orgoglio ci spinge ad azioni così ripugnanti dalle nostre tendenze istintive, che finiamo per rivincere la nostra passività. In tutti questi casi gli atti di volontà si confondono con gli atti d'istinto e perdono, anche visti dal di dentro, l'aspetto di *volenti* con coscienza o senza più.

Si atterrito all'istinto e si chiamano col nome d'atti istintivi quei movimenti che compiamo consciamente e sotto l'influsso d'una tendenza mistica, ma senza prevederne chiaramente l'effetto. La volontà non è che una forma lucida dell'istinto, l'istinto è una forma oscura ed incompleta della volontà. La volontà si manifesta in modi scariati e personali, l'istinto in modi uniformi e legati al tipo psichico della specie zoologica.

D'altra parte l'appropriatezza (inegabile e spesso singolarissima) degli atti intinti ai fini dell'economia biologica, ossia la loro utilità per l'individuo o per la specie, rende assai discussa l'origine degli istinti. Sono *istintivamente perfezionati* o *volitivi degenerati* (autonomizzati)?

Ovunque di queste due eventualità può avverarsi; gli istinti acquisiti derivano spesso da atti volitivi che, a furia di ripetersi, si sono complicati automaticamente e psicologicamente: il camminare, il vestirsi, il parlare sono atti spazializzati o letterarizzati, e chi ormai ha coscienza non partecipa che momentaneamente e senza alcun sentimento di volontarietà. Ma gli istinti congeniti, che specialmente negli insetti formano una fra le più alte meraviglie dell'adattamento, non possono spiegarsi che come istintiva eredità, ossia come automatismi la cui apparente « casualità » è il frutto della selezione.

Che gli atti istintivi dipendano dall'opera « automatica » della selezione o non da un destino preordinato ed anteprogrammato o providenziale, lo prova il fatto che, malgrado la loro incontestabile utilità, essi non raggiungono lo stato di relativa perfezione che per gradi e per acquisti individuali. Le api del Messico non fabbricano celle esagonali, che sono le più economiche, ma cilindriche; e i colabroni le fanno irregolari; e il canguro d'Australia non depone la sua nel nido degli altri uccelli. Ciò significa che la selezione si compie a poco a poco e, dove la concorrenza per la vita è meno aspra, permette alle specie di in loro istinti di perdurare su una fase d'organizzazione inferiore, per la quale sono certamente passati anche gli esseri e gli istinti più evoluti.

Perciò, se nell'ontogenesi gli atti istintivi sono qualche volta i surrogati delle azioni volontarie, essi ne sono sempre gli anteprogrammi nella filogenesi. Praticamente, poi, gli istinti e la volontà si dividono il governo delle azioni umane, operando a seconda dei casi o di coerenza o di antitesi od anche in modo indipendente.

Tutto sommato, la condotta dell'uomo risulta come una serie incoerente e più o meno coerente di riflessi, che in parte s'inequano all'abitudine ed alla tradizione, in parte alle iniziative innovative o personali. In ogni modo, o che risalgano ad un'origine istintiva o che dipendano da una determinazione volontaria, le nostre azioni non sono che un piano continuo alla legge edonistica (dell'utilità), per cui tendiamo sempre alla massima soddisfazione mediante il minimo sforzo.

Indizi diretti ed eloquenti dello stato mentale, quantunque involontari e per lo più anche addirittura incoscienti, si possono raccogliere nei riflessi espressivi, cioè nella mimica facciale e in quelle varie reazioni interne che formano come una specie di mimica complementare o segreta. La fisionomia umana è un sembro automatico che denuncia i nostri sentimenti più intimi e le nostre passioni con una delicatezza ed una sincerità talvolta scomoda, a cui arriva difficilmente il linguaggio cosciente. Lo stesso significato hanno di sovente il rossore, il pallore, le modificazioni del polso e del respiro, il singhiozzo, il riso, la lacrimazione, la

salivazione, il sudor freddo, l'eruzione e l'ispirazione, ed altri fenomeni dello stesso genere, che a loro volta possono essere provocati da motivi psichici.

Nelle variazioni mimiche della faccia trova riscontro preciso e preciso ogni genere ed ogni sfumatura quantitativa di sentimento. DARWIN sostiene addirittura che certi gesti sono ereditari: bambini nati ed allevati in Inghilterra, ma d'origine francese, alaviano, per esprimere nencuranza, le spalle, gesto sconosciuto agli Inglesi. A parte l'eredità, vi sono gesti che, nell'infanzia, rispondono ad una finalità e poi persistono con significato simbolico. Un cattivo odore suscita come reazione l'arricciamento del naso accompagnato da una forte espirazione, che scaccia dalle narici l'odore invadente e fumuto; la stessa reazione si ripete, per analogia, di fronte allo schifo morale. Per fissare meglio un'immagine visiva, aggettiamo la fronte, sporgiamo le sopracciglia e socchiusiamo le rane palpebrali, ossia limitiamo il campo visivo e moderiamo la luce; una mimica affatto identica assuefice qualunque altro stizzo d'attenzione anche nell'ascoltare o nel meditare. DARWIN interpreta bene anche il miasardonic, che originariamente (e ancora adesso nel cane) è una minaccia, una specie di dimostrazione armata (l'arma è il dente canino), insomma un'esibizione d'odio o di forza. Altre manifestazioni mimiche non sono che l'esternazione motoria d'un sentimento senza sfogo diretto per la via della minima resistenza od anche per quella dei muscoli ordinariamente disoccupati (Sorriso); l'ibridità si scarica facilmente per mezzo del riso; la gioia per mezzo di movimenti delle mani che sembrano palleggiarsi un saponi impalpabile in un'acqua invisibile. L'impazienza per mezzo di gesti rapidi, scariati e violenti, che non lasciano alito né nemmeno dubbio sul loro significato.

Finalmente, nel campo del simpatico, del midollo spinale, del bulbo e dello stesso cervello, ferre un lavoro incessante di processi centrifughi che non sono né determinati dalla volontà, né accompagnati da coscienza, né esattamente conformati allo stato psichico: involontari, incoscienti, inespliciti. Eppure anche queste forme completamente apatiche di reattività riflessa costituiscono, se non altro, un esponente esatto delle condizioni organiche in cui versano i propri rispettivi apparati d'innervazione; e così ci pregono un giudizio indiretto, ma talvolta sicuro, se non del contenuto psichico, almeno dell'energia nutritiva o funzionale che, o per semplice analogia o per un senso di causalità fisiologica, regna nelle vie corticali.

Infatti, oltre alle analogie e legami che possono manifestarsi fra i vari settori dell'asse cerebro-spinale per ciò che riguarda le condizioni generali (anemia, esaurimento, intossicazioni, neofrenazioni o focali mor-

tipi), si deve tener conto delle armonie e delle antinomie che esprimono rapporti di solidarietà più complicati e che risultano da uno scambio d'influenze agevolatrici (*bolnenski*) e inibitorie (*brusnenski*) fra i processi d'innervazione cosciente e i processi d'innervazione automatica. Questa duplice solidarietà, poco nota e poco studiata nella vita ordinaria, si mostra qualche volta a nudo in patologia.

Un'analogia semplice (senza solidarietà) è la sintassi che accompagna il coma in certe intossicazioni: qui si tratta d'un unico agente morboso che si localizza doppiamente. Quando invece osserviamo un maggior rigoglio dell'attività vegetativa e peristaltica sotto l'influenza d'un esaltamento psichico, e vi è ragione di credere che l'agente morboso non si sia localizzato oltre al cervello, ci troviamo di fronte ad un caso ben chiaro di diffuse dinamiche in senso armonico. Infine è un fatto classico di diffuse dinamiche, ma in senso antinomico, quello per cui il tono muscolare si esalta nel campo spaziale appunto quando la funzionalità nervosa si deprime, per paralisi motorie, nel campo cerebrale.

PATOLOGIA DELL'INNERVAZIONE CENTRIFUGA.

1.^a — LA CONDOTTA.

La condotta dei psichi si distingue per un gran numero di alterazioni, positive e negative, che stanno in netto contrasto coi loro interessi e col loro carattere anteriore. Queste alterazioni di condotta possono dipendere, a seconda dei casi, da tre ordini diversi di cause, cioè:

- 1.^a da oncosi morbose delle rappresentazioni,
- 2.^a da disordini affettivi,
- 3.^a da alterazioni intrinseche della volontà e degli istinti.

Ma, in pratica, tutte le singolarità di condotta che provengono da allucinazioni, da deliri, da offuscamento della coscienza, non essendo che un corollario logico del disturbo intellettuale, rientrano nella patologia della ideazione (v. capitolo V). Similmente gli accessi d'attività, d'inerzia, di disperazione che sono motivati da esaltamenti, indifferenza o depressione del tono sentimentale rientrano nella patologia dei sentimenti (v. cap. VII). In conclusione, gli allucinati, i deliranti, i confusi, gli esaltati, gli apatici, gli avviliti agiscono come sentono, sentono come pensano, e pensano come parlano. I loro atti si capiscono e si prevedono facilmente dal loro discorso, e non vi è bisogno di studiarli separatamente dai motivi, come un sintomo d'importanza speciale.

A questo modo la patologia della condotta viene a restringersi notevolmente e si identifica con quella della volontà e degli istinti. Anzi, il re-

zore, la vera pozza degli atti o impulsività non esiste che quando, per un'anomalia misteriosa del meccanismo volitivo, vi è una palese inconseguenza fra le condotte e le sue premesse subiettive, giuste o ingiuste che siano, questa pozza importa. Le irregolarità delle manifestazioni istintive non dovrebbero figurare in questo capitolo, perchè non derivano quasi mai da incoerenza fra l'atto e il motivo. Al contrario, esse sono la conferma brillante e il primo segno rivelatore d'un perversimento circoscritto, che risiede nell'effettivo; poi che un delirio degli atti, stiamo dunque di fronte un delirio parziale degli affetti. Tuttavia bisogna che questa anomalia, appunto perchè è non equivoca, si sia estrinsecata e documentata nell'azione prima che si possa determinarne con sicurezza l'esistenza e la misura: e questa circostanza sposta i perversimenti dell'istinto dalla patologia dei motivi alla patologia della condotta.

È probabile che gli impulsi propriamente detti precorrono ed obbediscano dai centri motori in seguito a stimoli locali ed insoliti che vi sono o casualmente portati da un agente morboso o fatalmente attirati da una lesione preesistente. Tuttavia, per non urtare contro difficoltà irrisolvibili e forse bizantine, la psichiatria deve quasi sempre evitare di pronunciarsi sull'intima genesi psicologica d'un movimento od atteggiamento che talvolta è un enigma anche per chi lo compie. Essa si arresta prudentemente all'esternità del fenomeno, e in generale ricorre ad assurdità intrinseca della condotta solo quei processi motori i quali, mentre per la loro complessità e per la composizione del soggetto urleggerebbero gli atti volontari, non sono o non sembrano che riflessi d'origine organica a causa della loro inspiegabile trivialità ed incongruenza. Questi atti volontari, che meritano per esattezza il nome d'impulsi morbosi, hanno una analogia di meccanismo con le allucinazioni. Anche le allucinazioni insorgono in modo simile, cioè da irritazioni locali ed insolite che accomodano nei centri relativi le immagini d'oggetti non presenti.

La condotta dei pazzi che, sotto queste distinzioni, offrirebbe lo spettacolo di aberrazioni innumerevoli e inclassificabili, può dunque studiarsi complessivamente sotto due soli aspetti: da un lato nelle condotte foli o che sembrano foli; dall'altro nelle manifestazioni volitivamente regolari d'istinti perversi che altrimenti rimarrebbero ignorati ed incerti.

ANOMALIE DELLA VOLONTÀ.

Il fuligineo, l'immobilità, l'inazione totale, come si manifestano nello stupore, prendono il nome di *abito* appunto perchè in questi casi è ammesso che vegli ancora la coscienza, e il contegno dei malati non è spiegabile che con una paralisi della volontà. Di ciò talvolta rendono conto i

malati stessi quando sono guariti o convalescenti. La malattia li lascia spettatori, spesso non indifferenti, di ciò che accade, ma li mette nell'impossibilità di reagire in armonia con le circostanze. Quest'impossibilità si estende anche alle iniziative più elementari.

I malati conservano per ore e giornate, inoltre la stessa passività, non rispondono a nessuna domanda, tollerano offese acerbe o fisiche e non desistono dagli atteggiamenti, ancorché intamati o ridicoli, che vengono loro infatti passivamente: esibiti. Qualche volta ogni azione è rifiutata, e i malati si sentono come incatenati senza saperne il perché (*Devotionsscheit*); eppure non sono incapaci di elaborare i motivi d'un'azione, né di riconoscere l'opportunità o l'argenza. La coscienza di questo assoggettamento morale genera sofferanze psichiche e talvolta paura o deliri.

In altri casi d'abulia si vede più chiaramente come la volontà non sia altro che una resistenza. La reazione volontaria manca, non s'è dubito, per limitazione qualitativa e quantitativa della coscienza; le idee sono poche, stereotipate e non destano associazioni che fuo di loro. Per questo l'abulico cosciente percepisce e ricorda le scene reali o fantastiche a cui assiste, esso impegna prevalentemente la sua attenzione in un monotelesmo spastico, sterile o oscuramente doloroso, che esercita una specie d'ostruzione sui processi associativi capaci di suggerire o determinare la reazione. Oppure avviene che la limitazione della coscienza perda di preferenza dal lato dell'affettività, ed allora i malati, ancorché capiscano e pensino, si astengono dall'azione per mancanza d'interesse. Insomma il loro autostimulativo indica o siccità d'idea o siccità di sentimenti. Dell'anestesia morale si ha la controprova nel fatto che molti pazzi affetti da abulia presentano anche analgesia e immobilità mitica; evidentemente la paralisi colpisce anche i territori estranei al processo volitivo, e l'abulia non è che un caso particolare della torpidezza che ha rallentato ed arrestato tutti i processi d'intervallazione.

Dal non volere alcuna cosa al volere una sola, dall'abulia alla monobulia, la differenza sembra assai piccola, ma spesso è assai notevole. Intanto, si possono intendere come espressioni di monobulia due specie di stati psichici abbastanza diversi. Vi è una monobulia statica e continua, che consiste in un volimento permanente e sigillificante che inibisce ed elimina ogni altro fenomeno mentale. E vi è una forma di monobulia dinamica o discontinua, che consiste nel ritorno ripetuto e volente d'una identica tendenza volitiva: qualche volta questa tendenza finisce per tradarsi in atto e continuare, se non un impedimento assoluto, una minaccia sempre sospesa sulla produzione d'altri fenomeni volitivi e mentali. La monobulia statica coincide con ciò che gli alienisti hanno descritto sotto il nome di catatonìa; la monobulia dinamica è la forma attiva o caratteristica dell'impulsività.

S'intende per *catatonie* la persistenza d'un malato (per lo più un idemote giovanile, qualche volta un'isterico, in casi eccezionali un asenite, un paralitico o un melanconico) in un atteggiamento espressivo, statico, irrevocabile (fig. 41 e 42). Se si cerca di distogliere il catatonico dalla sua posa, il farlo scendere dal suo piedistallo ideale, s'incontra una resistenza straordinaria, ma per così dire *inattesa*, cioè senz'alcun supplemento di



Fig. 41. — Paralitica progressiva in atteggiamento tipico. L'uomo si abbandonò al manicomio in questo stato per alcuni mesi di seguito.

minima passione, né di ribellione intelligente. Se poi il malato si decide ad alimentarsi, a spogliarsi, a cambiar di posto, gli atti relativi si compiono con incredibile lentezza e solennità, in maniera che la posa fondamentale non è quasi per nulla alterata. Gli atteggiamenti preferiti dai catatonici sono quelli di predicatione, di minaccia, di preglacera, d'estasi, di sospetto. Qualche volta il gesto è corroborato da un motto breve e invariabile. Un infelice studente di medicina, che vegeta per lunghi anni nel manicomio di Genova, pronunciava a denti stretti la parola *confutatio*? e qualche volta aggiungeva *porreccio*?

Qualunque sia la sua forma, la catatonie è un sintomo assai ornato. KAHNHAU, che lo illustrò per il primo nel 1874, pretendeva di elevarlo alla dignità d'una *psicosi a sé*. Recentemente KRAEPELIN fece rivivere il concetto di KAHNHAU, servendosi della catatonie per creare una varietà della *demenza precoce*. A questo modo la catatonie non ha perduto la sua importanza: scomparsa come *psicosi*, essa ha acquistato un significato sempre più largo come *sindrome*, perchè abbraccia, oltre a quella *classica*, anche altre manifestazioni motorie di eguale origine clinica.

Fra le manifestazioni affini alla catatonie, e con lo stesso nome già proposto da KAHNHAU, primeggia il *negativismo*. Mentre la catatonie ordinaria è un atteggiamento plastico a tema fisso, il negativismo è una serie di negazioni plastiche a tema variabile, ma non libero: il malato si atteggiava ora in un modo, ora in un altro, ma sempre con pose contra-

mente contrario alle suggestioni delle persone e dell'ambiente. È un oppositore sistematico e paradossale, che non parla e non ragiona, ma resiste energicamente ad ogni novità, anche contro il proprio interesse: respinge, chiudendo la bocca, il cibo che gli viene offerto, e sonda avidamente le mani a quello che gli vien ritolto; non si lascia né spogliare, né vestire; tocca la testa o lo sguardo se si fa appello alla sua attenzione, ma ritorna alla contemplazione intesa se si crede solo o osservato; talvolta ride o va in collera, ma giamaa a proposito; immobile e attaccato al suo posto, malgrado il sole o la intemperie, l'abbandona, per quanto sia comodo, appena è incoraggiato a restare; all'invito di acquiesci risponde deturbandoci; se presi appresi d'un esame clinico nascondendo il capo fra le braccia (fig. 41).

Tutta la catatonica come il negativismo si manifesta anche sotto forme attenuate: la catatonica con singolarità stravaganti ed abitudini di gesti, d'ingresso, di maniera, di linguaggio e di scrittura, che prendono il nome di *monomane sistematiche*, *ecoprassie*, *ecolalie*, *ecolismo*, *ecoprosie*; il negativismo con riflessi assenti, improvvisi e poco frequenti, che costituiscono il sintomo patognomico della demenza precoce in tutte le sue varietà.

Tutti questi sintomi hanno come un carattere fondamentale. La negatività, o che insorga senza interruzione come nella catatonica classica o che insorga a soli discostanti come negli altri casi, è talmente misteriosa nelle sue cause, nel suo scopo e nel suo meccanismo, che perde quasi tutti i distintivi della volontà. Si tenta a concepire una volontà che non è né di previsioni, né di previsioni, né di previsioni, né di previsioni, né di previsioni; e il meglio che si può concludere di simili monomanie è che esse siano al massimo parossismo. La natura enigmistica del sintomo non gli toglie però valore pratico per la diagnosi differenziale.



Fig. 41. — Catatonica. L'ammalato sta sempre ritto, i piedi uniti, con le braccia stese e abbandonate al tronco, fissa la testa rigida e lo sguardo fisso su fuori da molti anni, non profrevo parola.

Infatti gli infermi che soffrono di grande catatonica, e quelli che presentano queste forme più o meno intermittenti di catatonica *frusto*, non mostrano né sguardi, né intonazioni, né micromovimenti di fronte alla volizione eterogenea, a cui anzi si abbandonano con indifferenza e quasi con compiacenza. Qualche volta spiegano sberzosamente il proprio contegno, adducendo una scusa improvvisata, non vera o ancora più sciocca dell'atto catatonico: così un demente giovanile, richiesto perchè non camminasse, occupava come spiegazione la sua inerzia se doveva cominciare il primo passo con la gamba destra o con la sinistra. Questa pas-



Fig. 32. — Demente, primo: negativismo catatonico — primo: contrapposizione. L'ammalato guida a modo spicciatello le braccia al modificare il suo atteggiamento.

sività demente crea un abisso fra le *isocloniche* espressioni e le *isocloniche* reazioni più ricche, con caratteri ben diversi, in molti di tutt'altra specie.

I più comuni fra i movimenti sistematizzati sono quelli d'inginocchiarsi, di camminare in punta di piedi, di ripetere intempestivamente (anche davanti ad oggetti inanimati) il saluto militare, di proferire una frase stereotipata e insignificante (per esempio « dammi una lira per comprare un cavallo! »), d'adornare una variante incoerente e ridicola nel proprio vestiario, di passeggiare con brevi e continui andirivieri sempre nello stesso sentiero, di evitare certo l'uso del bastone, di raccogliere sassi, paglia e persino sterco, ma senza alcun criterio di collezionismo. Qualche volta il movimento sistematizzato è un esatto mimetismo dell'attività professionale: un brattinante caduto in demenza traumatica per lo scoppio d'una

nimo atteggiava le gambe e muoveva le braccia come se mangiasse, e seguitò così per dieci anni. Questi movimenti possono anche sono la qualità d'*incoscienza* o di *coscienza*; ma in realtà essi sono così spontanei, fuori ed esenti da qualsiasi subintivo, che è meglio riservare la denominazione in parola alle modalità ben diverse che descriveremo come un sistema della sovrastruttura. I larvacei sedativi, che sono così efficaci nel reprimere gli atti di furore ed anche nel trattenere i malati dalle reazioni ossessive, non esercitano alcuna influenza sui movimenti sistematizzati. I movimenti sistematizzati si svolgono sotto la soglia della coscienza, nel dominio dell'automatismo; perciò sono più resistenti alle azioni terapeutiche o non subiscono la suggestione imperativa.

L'*ecopraxia* è un caso particolare di sistematismo sensorio o consiste nella contraffazione o ripetizione speculare dei gesti altrui. Questa uggiosa ripetizione può estendersi ad ogni sorta di atti « limitarsi alle altrui parole: *ecolalia*. In quest'ultimo caso vi è da distinguere l'*ecolalia letterale* e l'*ecolalia per approssimazione*, che permette ai malati di esprimere bene o male qualche idea originale, copiando solo in parte le frasi che ascoltano. La *ecolalia* e la *neologismia* non sono poi che deformazioni sistematiche del linguaggio e della scrittura ordinarie, donde scaturisce un gergo con terminazioni e interpolazioni che rammentano certi giochi d'infanzia. Questi gerghi individuali e più o meno comprensibili, che i malati si ostinano a parlare ed a scrivere in ogni occasione e spesso per tutta la vita come se fossero d'uso universale o senza curarsi d'esser capiti, sono un sintomo tra i più sicuri della *demenza precoce*.

Nei dementi precoci, qualunque sia la varietà clinica a cui appartengono, l'*assurdità del contegno* rivelerà un'ombra di catatonica anche all'indizio della varietà catatonica. L'*assurdità* del contegno risulta appunto dalla lontananza fra ciò che i malati pensano o sentono internamente e ciò che essi fanno e vogliono effettivamente.

Un contegno spensierato, iracundo, irragionevole e meteoico, ma non assurdo, se la coscienza dell'indomito è travagliata da convinzioni sbagliate, da passioni insolite o da discipline penose. Ma i dementi precoci commettono stravaganze o sangue freddo senza alcun fine, né serio né fittizio, né remoto né vicino. Queste stravaganze assumono più che mai il carattere della parabolica catatonica, perché i malati che le manifestano ad effetto godono l'ordinaria lucidità di coscienza e il pieno equilibrio dei sentimenti: narrano cose incredibili senza convinzione, senza rossore per le contraddizioni in cui cadono o senza alcuna speranza o interesse di farli credere; esplodono all'improvviso in atti violenti senza odio né collera; qualche volta commettono un tentativo di suicidio da cui desistono senza mutar d'intento; riescono comodi e divertimenti senza essere mossi né

da scrupoli, né dal desiderio d'impressionare, e non tengono in alcun pregio né l'interesse proprio, né l'opinione altrui. Il loro contratto, volontario nell'apparenza, è la negazione della volontà nella sostanza, perché è contrario a ciò che gli economisti chiamano il principio dell'*edonismo*, e che consiste nella ricerca costante del massimo bene o, alla peggio, del minor male.

È probabile che questo disorientamento della condotta è derivato dall'incertezza dei sentimenti, sospeso e ragione d'ogni iniziativa normale. Per l'opposizione presente in cui si trovano, più che con gli altri, con sé stessi, i delinquenti precoci sono negativisti tipici, e l'assurdità delle azioni risulta prepotentemente nella cotidianità. La satanetta, il negativismo e i movimenti sennòduranti nelle loro varie forme non sono che casi specializzati del fenomeno che abbiamo indicato come assurdità degli atti.

Dalle monomanie e paranoie catatoniche si passa in ben altro campo con le monomanie ossessive. Quantunque la monomania ossessiva s'arresta il più delle volte allo stato di semplice tendenza, la coscienza sempre lucida di questi malati non lascia alcun dubbio sulle condizioni della loro volontà. Si tratta certamente di volizioni morbide, ma che, a differenza degli ingenui ciechi della catatonia, sono elastiche e combattute quanto a più di certe volizioni normali. L'origine morbosa di queste vere ossessioni risulta dalla circostanza caratteristica che il malato si sente invaso e dominato da una volontà estranea alla sua personalità psichica; e ne prova molestia, dispiacere, orrore, spavento o disperazione; secondo il contenuto rappresentativo dell'ossessione.

Queste monomanie ossessive nascono dalla *Arrastelence*, costituzionale ed ereditaria, dalla *metempsicosi*, dall'*aterismo*, insomma dalla *psicosi biode*: nascono allo stato di semplice rappresentazione; passano nel movimento delle ossessioni definite appena acquistano, per loro ripetersi, una tenacia incoercibile, e si differenziano dalle ossessioni comuni solo perché, in luogo di rifarsi ad un argomento astratto, raffigurano un'azione, di cui l'ossessivato è spinto — per continuità logica — a farsi il protagonista. Per questa stessa continuità accade anche (di rado) che la tensione si trasferisca effonatamente in volizioni congiunte.

Un medico di 37 anni, che ha sofferto a 27 di nevrastenia grave con insomnie e fobie, è ripreso da un nuovo attacco: esagerazione dei riflessi patetici, tremila delle palpitazioni al cuore chiaro, debolezza sessuale, anorexia, stipsi, paura d'impazzire. A questi sintomi s'aggiunge di quando in quando, più terribile di tutti, l'impulso ad uccidere la propria famiglia, primo ed unico frutto d'un matrimonio costato e felice. « L'idea » mi scrive di specialmente il malato « intraversa il mio cervello all'improvviso come un ferro rovente: la sento arrivare, la vedo ingigantire; essa mi fa correre nella camera della prima e mi spinge a commettere... quello che non

voglio. Prendo in collo la mia bimba e sarei per gettarla dalle scale o dalla finestra, secondo il luogo in cui mi trovo. Finora con uno sforzo supremo e disperato sono riuscito a vincermi, a stringere fra le mie braccia l'adorata creatura ed a baciarla come per chiederle perdono di quel che provo. Nessuno ha fatto nel mio aspetto l'orrore che m'inviade. Sembrò un uomo normale e forse non lo sono. C'è dunque una frontiera che mi divide dalla pazzia o l'ho già varcato? ».

Le monomanie ossessive sono dunque l'esempio patologico dell'esaltazione concentrata sopra un singolo atto volitivo, la cui rappresentazione si ripete in forma incoercibile; e a questa esaltazione fiera si addice il verso robusto di Dante:

Il sì e il no nel capo mi teneva.

Ma dallo stesso terreno della nevrosi e della melancolia germogliano non più spesso le manifestazioni molteplici d'una perplessità diffusa, ossia della diabolia. I malati sono ondeggianti per una penosa indeterminatezza dei loro giudizi e dei loro desideri, che li trattiene da qualunque volizione completa anche di fronte alle pratiche volgari e innumerevoli della vita quotidiana; ed anche a questa indecisione meschina si attaglia il verso pittoresco d'un altro poeta, Francesco Petrarca:

No il sì, né il no nel cor mi aveva intero.

La distulia porta l'elemento della tristezza nel quadro della nevrosi e lo accresce in quello, già soprasatturo, della melancolia. Dal contegno di questi malati e dalle loro parole è facile misurare il profondo smarrimento in cui si trovano, malgrado la fugacità delle esaltazioni sempre nuove che ne sono la causa.

Il nevrotico disbalico è un volubile a contraddizioni simultanee: vorrebbe nello stesso tempo riposare o strapazzarsi, nutrirsi e digiunare, partire e restare. Il suo più vivo desiderio è quello di consultare il medico, ma la decisione è rimandata di giorno in giorno con motivazioni tanto frivole, che sembrano pretesti.

Il melancolico che soffre per giunta di distulia, il che è molto frequente, incontra ad ogni passo un livido doloroso che lo arresta. Riconfermato al manicomio, soffre egualmente di scrivere ai suoi cari e di lasciarli senza notizia, di eseguire un consiglio che gli pare troppo benevolo e di trasgredirlo contro i dettami d'umiltà che si è imposto; d'altarsi e di costringersi, di parlare e di tacere, di vivere e di morire. L'immagine d'un atto qualunque suscita nella mente stanca e dolorabile di questi malati il fantasma dell'atto contrario: è una specie di negativismo rappresentativo, che non si deve confondere con l'opposizione illogica ed automatica

dei negativismi propriamente detti. I melanconici sono soggetti ad una serie di difetti affettivi *obiettivi* di negazione di Corrado, più rettamente *durativi*: la soluzione ordinaria è l'inerzia con noia. I catatonici, invece, si fanno esecutori infrangenti d'un impulso che non dissuade o che forse non capiscono. La volontà dei melanconici si sviluppa in due tendenze contrarie e di egual forza che la rendono del pari impotente all'affermazione come alla negazione: la volontà dei negativisti catatonici è smembrata in una negazione *dieta* e *perenne*, che, mancando quasi completamente di carattere volitivo e inflessibile, denota uno sciogersi in nome delle idee.

Anomalie degli istinti.

Nella condotta dei pazzi e dei perversi si trovano le sole prove veramente sicure del disordine che persiste in loro istinti. Le tendenze utili ed ereditarie che formano il patrimonio della specie umana subiscono profonde alterazioni per deficienze, eccessi e perversamenti parziali o totali.

A. **Conservazione individuale.** — La conservazione dell'individuo è raccomandata ad una serie d'istinti, fra cui primeggia come il più fondamentale ed immediato quello d'attaccamento alla vita, che SCHOPENHAUER pretendeva d'innalzare metafisicamente a principio capidale dell'universo e che ZOLA ha dipinto con giuste proporzioni psicologiche e con colori incantevoli nel più bello dei suoi romanzi, la *Jour de rage*. La potenza della nostra immaginazione ci permette di rappresentarci la morte con un certo stoicismo finchè essa apparisce lontana; ma lo stoicismo scompare o si sgravisce di fronte all'imminenza del pericolo, come si vide nelle epidemie, nei naufragi, nei grandi incendi, che spingono gli individui a lo folle ad un furore talvolta bestiale di autoconservazione, soffocando ogni riguardo altruistico.

Fra i pazzi e i degenerati l'attaccamento alla vita persiste quasi sempre intensissimo, il paraloico, ridotto all'ultima miseria fisica e morale, mostra una *compiacenza* singolare di trovarsi a questo mondo, e spendetelo tutta la poca energia che possiede per difendere la propria esistenza, se la ostacolo minacciata. Lo stesso avviene in quei fanatici della vita che sono gli *psicopatici* e molti fra i *drogati* acuti. Ma non manca, ed è certo più caratteristico, il caso contrario. Non parlo dei melanconici che si uccidono per sottrarsi a sofferenze insopportabili, e nemmeno di quei nevrosotici che preferiscono il suicidio alla lotta formicosa, continua ed ininterrotta di vivere *insensibile*, perchè questi malati cedono ad un movimento razionale di disperazione che, sotto l'incubo d'una grande

sventura, può prodursi analogamente anche fra i normali. Parlo invece di quegli annessi facili (nervosismi) che si privano della vita in un momento d'impulsività improvvisa senza un motivo adeguato: per una minima costrizione, per puntiglio, per una scommessa, per la suggestione d'un luogo, di un'aria, d'una tradizione familiare. Qualche volta si tratta di coppie amorose, ma senza reciprocità di passione, di ragazzi fra i 6 e i 10 anni, o di famiglie in cui si contano due, tre e fin sette casi di suicidio per imitazione (Maccagnini), talvolta nelle identiche circostanze, con la stessa rivoltella, allo scendere d'un anniversario o d'una data prestabilita.

Innato a questo istinto fondamentale di attaccamento alla vita ne foriscono altri, accessori, che servono non tanto a difenderla direttamente quanto a renderla più pacca e gagliarda, perché assicurano all'individuo l'integrità fisica, l'alimentazione, la proprietà di ciò che si è meritamente procacciato, la bellezza del corpo e l'indipendenza sessuale. Tutti questi istinti complementari sono esposti ad esorbitanze, ad avarie ed a pervertimenti che accompagnano in generale le forme di pazzia più gravi.

Contro l'istinto dell'integrità corporea agiscono quei malati, per lo più incoscienti, che incoraggiati da uno stato di esaltazione praticano sopra sé stessi mutilazioni del tutto prive di scopo, cruente e più o meno pericolose, come l'estirpazione di denti, l'amputazione dei genitali o delle dita, l'enucleazione degli occhi, la lacerazione della pelle per mezzo di sigari accesi. In alcuni casi di profonda nevrosi l'istinto dell'integrità corporea, peggio che sospeso, è addirittura invertito: i malati, prescindendo da ogni reale proposito di suicidio e di espiazione, si abbandonano ad atti d'impulsività nevrosimile che sembrano muovere da un sentimento parafrenico di abiezione. Tra affliggiuti a corporazioni chiuse, coercitive o segrete, militari, soldati, costringendi, carcerati, delinquenti abituali, prostitute e loro parassiti, è comune il tatuaggio. Questo sacrificio, per quanto piccolo, dell'integrità umana in omaggio ad un simbolismo grossolano e spesso turpe, non è possibile che nelle collettività di tipo inferiore, e costituisce un'affermazione artistica di quella solidarietà primitiva e poco simpatica che è il così detto spirito di corpo. Il tatuaggio è indice di rozzezza congenita od acquisita, o dell'una e dell'altra insieme.

L'istinto dell'alimentazione è spesso violato dai pazzi, che presentano *refetismo*, *anorexia*, *pica*, *bulimia*. Il rifiuto del cibo o sibbene talvolta non è che un mezzo di suicidio, oppure è ispirato dal timore del velenificio; ma spesso, in malati incoscienti, è l'espressione automatica di un'alterazione onestetica, legata quasi sempre all'interversione dello stomaco, sede vera ed unica della fame (la così detta fame organica o dei tessuti, come sensazione intellettuale, è una chimera). Anche le *interiezioni* soffrono di periodiche suspensioni che possono giungere alla *stomatofagia*.

La coprofagia è per certi dementi paranoici una specie di rito religioso. Gli idioti e i dementi mangiano anche paglia, capelli, tabacco per esempio.

Quando ai perversimenti del gusto che si osservano in forma transitoria fra gli adolescenti o fra le isteriche e che spingono queste persone a cibarsi di cenere, terra, sale, aceto, ecc., essi non rispondono a bisogni insulti e latenti d'un organismo chimicamente imperfetto, ma sono aberrazioni prive di qualsiasi finalità biologica (dispettosa).

La fame insaziabile o *bulimia* è un sintomo compromettente ed assai comune fra i paranoici come pure fra gli idioti, che spesso per la loro ingordigia soccombono a soffocazione o ad infossimazioni secondarie. Lo stesso pericolo minaccia anche molti epilettici nei periodici risvegli di voracità a cui vanno soggetti.

L'istinto della proprietà, che è dei più antichi e che non si spegne, ma si realizza nel passare dalla forma storica della conquista o dell'uso assoluto all'aspirazione verso altre forme più evolute e meglio subordinate all'interesse collettivo, rappresenta l'aspetto preventivo dell'istinto d'autoconservazione, perchè stimola l'individuo a procurarsi, e garantirsi, ed accrescere i mezzi d'esistenza e di godimento per l'avvenire. Nei degenerati, negli stori e nei pazzi spesso questo istinto è senza freno, e diventa col suo eccesso la causa predisponente di *delirio*: in altre parole è il segno d'una evoluzione paranoica.

Il prodotto clinicamente più singolare dell'esagerazione a cui va incontro l'istinto della proprietà, sempre assai prepotente, è il così detto *delirio del querelante*. I querelanti o processomanzi, malgrado una discreta intelligenza ed una completa lucidità, sono talmente infatuati e privi di moderazione nel giudizio sui propri interessi, che si rendono inetti a riconoscere le limitazioni imposte dagli interessi degli altri e dalle disposizioni tassative delle leggi, e interpretando il codice in piena buona fede, ma con ogni sorta di cavilli, s'ingolfano in liti rovinose e senza fine.

Questo delirio, che costituisce una varietà della paranoia, decorre per anni allo stato latente; ma col tempo il suo carattere progressivo spinge i malati a manifestazioni litigiose che, per quanto esultino ancora la legge e la logica, non lasciano più alcun dubbio sulla loro origine morbosa. Querelanti furvi o d'occasione si trovano, anche fuori dalla paranoia, fra i romani, specialmente nelle forme periodiche; ma il rapido svanire e le ripetute interruzioni della mania impediscono al delirio di svilupparsi attraverso alle varie fasi della procedura giudiziaria.

L'istinto della proprietà si afferma bizzarramente nel collezionismo (Macrazzini). I collezionisti raccolgono conici, fili, sassi, pezzi di vetro o di carta, ed altri oggetti privi d'utilità e di significato; se ne riempiono le

tasche, in camicia e le materasse; consumano in quest'unica occupazione tutte le ore disponibili della giornata; difendono con accanimento da ogni soppressione il loro tesoro, o invece lo lasciano disperdersi senz'amarrezza, rinettendosi all'opera da capo; e in ogni modo dimostrano con questo sistema l'estremo grado d'un alteramento irrimediabile. Infatti è ammesso che tutti i pazzi raccoglitori, cioè tanto i veri o specializzati o *motocoleccasini*, come anche (e più) i falsi od *eclettici* o *poliveli nazionali*, non si reclutano che nelle due classi degli *stolidi* e dei *demenzi*, primi fra i quali i *paranoici*. Questa manifestazione involontiva d'invarianza inserita spunta ad un tratto sull'alcun precedente ed è un sintomo fra i più tenaci della paranoia all'ultimo stadio.

Nei paranoici è però più frequente il sintomo opposto, la prodigalità. Sono spesso assai prodighi anche i *vanitosi* e in particolare coloro che vanno soggetti ad accessi di *vanità periodica*. La prodigalità non è in antagonismo con l'istinto della proprietà, anzi la conferma, perché in fondo non ne è che l'esercizio abusivo ed ottimistico.

L'esercizio e la concezione pessimistica della proprietà si osservano invece, come un sintomo dei più caratteristici, nei *volenterosi* che si credono rovinati, ridotti alla mendicizia, prossimi a morire di fame, e che perciò si addeggiano da qualunque agenzia, respingendo, per paura di pagarli, anche i farmaci e i cibi gratuiti dell'ospedale. Il *delirio di povertà* non è che un caso particolare della *neurosomatizzazione melanconica* e sparisce al dissiparsi dell'accesso depressivo.

All'istinto della proprietà si deve aggiungere, almeno in parte, anche il *delirio di gelosia*, cioè il sospetto ingiustificato, assillato, ossessivo sulla fedeltà del coniuge. Questo sospetto si trasforma quasi sempre in corrotta *paranoia*, e deriva non tanto da esclusivismo amoroso, quanto da un concetto autoritario di possesso giuridico sulla donna, analogo e storicamente coevo alla patria potestà. E infatti, se pare difficile che nessuno deliri da un esagerato sentimento dell'autorità paterna, che è rafforzata dall'affetto (di ruolo mancante) verso i figli, non va dimenticato che nei vecchi, appena scompare l'affettività, si osservano per lo meno i germi assai chiari d'un *delirio autoritario* che tenta a sistematizzarsi solo per difeso d'attività o di coerenza intellettuale, ma che è fatto di invidia, di vanità e di diffidenza, come il *delirio di gelosia*.

L'istinto della *nettezza corporea* dà luogo, esagerandosi come avviene quasi esclusivamente nei *neurosenzienti*, alla *miocofilia* o *ripetitiva*, che è una delle più frequenti tra le forme d'ossessione o trascina i malati a lavarsi centinaia di volte in una giornata. In una famiglia composta di due vecchie ragazze *estetiche* e d'un fratello pure *religioso* ho osservato la *miocofilia* allo stato d'infirmità cronica e comunicata per sugge-

stato reciproca. Nei casi più gravi d'alienazione, nel delirio frenetico e negli episodi confusionali della *paralisi progressiva* i malati diventano invece *incontinenti* affetti (Schneider), o spallano del proprio sacco i nodi e le parti. Un'affermazione così cinica di sollecita non è possibile che fra pazzi incoscienti o semicoscienti; fra i pazzi relativamente lucidi, i soli che possano abbandonarsi con discriminazione sono i *dementi precoci*.

Il pudore, moderando l'istinto di riproduzione, viene in soccorso alla previdenza e contribuisce a rendere più ponderosa la scelta sessuale. A questo modo gli interessi e l'indipendenza dell'individuo non sono totalmente sacrificati alla continuità della specie. Un eccesso di pudore conduce ad uno stato di temporanea o perpetua impotenza, o per lo meno ad una straordinaria fragilità, non pochi malati fra i più lucidi ed ipercritici, come sarebbero i *neurostenici*, i *paranoici* con delirio mistico ed unitario, ed anche quei *degenerati superiori* che, senza questo freno salutare, sarebbero spinti ad atti di perversimento sessuale. Al contrario, il pudore manca o si eclissa nelle psicosi caratterizzate da profonda deficienza intellettuale. Gli idioti e i cretini, che nella massima parte dei casi sono sessualmente invalidi ed innocui, possono, data l'originalità d'eccezione, commettere stupri e incesti o masturbarsi in pubblico. I *paralitici progressivi*, gli *atrofici*, i *degenerati senili* arrivano ben difficilmente a questo scopo. Piuttosto, siccome in essi s'infatolisce quasi sempre la validità sessuale, le manifestazioni della loro impudicizia si limitano a discorsi scurrili o tentativi incompleti di seduzione su minorenni, o ad atti d'incestualità senza discernimento, né ritengo, come l'entusiasmo, che è l'esposizione ingenua e eccitata degli organi genitali.

B) Conservazione della specie. — L'istinto genetico, in quanto soddisfa una forma di sensibilità, non è che l'espressione d'un bisogno individuale; ma il suo effetto più importante è quello d'aggregare gli individui ad un interesse astratto, perchè li spinge a procreare, senza pensarvi, la continuità della specie. I progressi dell'intelligenza umana hanno trasformato anche l'amore, conferendogli un carattere spirituale che modera e dissimula la sua brutalità, ma che non attenua la sua efficacia.

La psicologia dell'amore comprende due quesiti assai simili: il meccanismo dell'episodio passionale e la formazione graduale dell'innamoramento.

Dalle prime impressioni cromatiche, dalle loro rievocazioni nitide e dalla chiarezza estetica, che ogni essere umano accumula, sicurezza e coerenza nell'archivio segreto della propria coscienza, nasce un organismo cresciuto che, per una serie di solismi sentimentali, si risolve in un'auto-

suggestione imperiosa, precisa e più o meno continua. Questo processo di saturazione erotica si compie a preferenza in senso d'un idolo vivente, che l'innamorato prende a simbolo della felicità sessuale ed a cui dedica il tributo d'un culto ardente, particolare ed esclusivo: colti che solo a me par donna, dice Petrarca.

Ma anche quando l'innalzazione specifica è svanita e l'idolo è caduto, rimane quasi sempre sotto le ceneri della passione spenta un reliquato mimetico che influisce diversamente sugli amori successivi: muta l'idolo, ma non il culto. Per un processo involontario d'astrazione, pochi requisiti somatici, che si raffacciano all'attimo fuggito e idealizzato d'un lungo passato sessuale, e che si vorrebbero raggiungere in una nuova realizzazione per rinviare la voluttà di quell'attimo, vengono assunti come emblemi della perfezione sessuale e quindi come punti di mira alle aspirazioni amorose. A questo modo, cioè in gran parte per caso, perdono consistenza le innumerevoli idiosincrasie, che fanno divergere l'erotismo dei singoli individui verso ideali distinti, o che determinano la varietà delle idoli amorosi.

L'ideologia erotica della specie umana è dunque polisistemica; ma l'ideologia erotica di ciascun individuo tende a divenire monosistemica. Si deve alla pluralità capricciosa dei sistemi se è possibile fra gli uomini una certa peregrinazione delle fortune amorose, perché i desideri degli innamorati, invece di rassomigliarsi e di convergere, come parrebbe naturale ed inevitabile, sopra i pochi campioni riconosciuti della grazia muliebile e del valore virile, hanno modo di sfogarsi in varie direzioni e senza rimpuntii sul gregge numeroso dei mediocri. Si deve poi alle singolarità individuali del simbolismo erotico se i più degli amanti, in luogo di professare l'eclettismo amoroso, vagheggiano un ideale più o meno invariabile, che favorisce la stabilità dei rapporti coniugali. Così la collettività umana esercita e subisce la legge della selezione sessuale da un lato con una varietà di gusti che aumenta i fattori della sua fecondità, dall'altro con una determinatezza di propositi che preserva dalla dispersione.

Ma questo stato di cose, insieme ai vari vantaggi se fosse anche in danno che presenta dal punto di vista sociale, nasconde il germe di gravi pericoli per l'individuo isolato. Lo scopo biologico dell'amore è spesso completamente travisato: nel momento del pensiero amoroso l'istinto genetico può smarrirsi con grande facilità la sua orientazione naturale ed associarsi ad un ideale sterile o compromettente. Da qui hanno origine i *pervertimenti sessuali*.

L'eccesso dell'astrazione simbolica è già una forma di travisamento, perché costringe all'estremo il campo della scelta sessuale. I simbolismi ad oltranza (Bevil li chiama *tematismo estetico*) s'avvagliano sistemo-

tiamente non d'una bella persona o d'un bel viso, ma d'un piccolo piede o d'una mano bianca o d'una lunga treccia o d'un seno abbondante o d'una bocca carnosa. Nel loro particolarismo intransigente non vanno in traccia che di questo requisito parziale: sprovvista o povera del requisito prediletto, disprezzano la bellezza più completa e più squisita; mena di quell'unico pregio ben distinguibile, adorano qualunque carcassa.

Tutti i perversi sono *particularisti*; ma, tranne nel caso precedente, all'eccesso del feticismo si mescola sempre anche l'aberrazione. Qualche volta la fantasia erotica, peggio che armarsi ad una immagine concepita, ma viva e palpitante del corpo umano, procede ancora d'un passo nell'astrazione per fissarsi sopra un oggetto correlativo e inanimato, come uno stivaletto da donna, perché lacerato ed elegante, un guanto profumato con odori erotici, un cuscetto attillato, un paio di mutande con trina. E se non esiste o non è accessibile l'essere umano che lo possiede e lo indossa nel modo sognato, il feticista insoddisfatto finisce spesso per soddisfare sul simbolo isolato e vuoto: una calzeletta, un magazzino di nudo, un armadio di biancheria, acquistano ai suoi occhi il valore d'un Aerea.

In altri casi l'orgasmo venereo è svegliato da contatti o da immagini di contatti che non hanno un rapporto diretto e neppure dimostrabile col l'atto sessuale. Si chiamano *masochisti* i perversi che raggiungono la massima voluttà sentendosi percosso o imbrattato di spinti, d'urta, di sterco per opera del coniuge: forse il masochismo è un derivato patologico dell'amità o della confidenza reciproca, che anche nei normali non è priva d'una speciale attività erotica. I sadisti, al contrario, hanno bisogno di esercitare la violenza, minacciando, picchiando, talvolta uccidendo o sfregando la propria litigine nei visceri squarciati della vittima, o forse non rappresentano che la degenerazione mostruosa dell'amore bestiale.

La forma più frequente e più colata d'aberrazione erotica è l'omosessualità o *controve Sexualität* o *inversione* delle tendenze sessuali, che consiste in una deviazione degli ideali amorosi sul sesso a cui appartiene il maschio, o che prende rispettivamente il nome di *amor greco* nei maschi, di *amore lesbico* o *agafico* nelle donne. Le difficoltà che devono superare gli invertiti per trovare chi li contraccambia, e le lotte che devono sostenere coi sé stessi per resistere alla passione funesta, aggravano questa forma di perversamento, come del resto tutte le altre, fino al grado di un'ossessione.

L'aberrazione omosessuale è di due gradi. Sullo prime, il maschio invertito non cerca il simbolo della voluttà nella donna perché l'ha già trovata nell'adolescente del proprio sesso; la fanciulla invertita non si compiace delle carezze maschili perché trova più confortanti alla sua ve-

molezza quella di un'altra donna. Finché l'anonimato rimane fra questi limiti, non si tratta veramente che di un'omosessualità a mezzo: le disposizioni psichiche dei due sessi non sono ancora smentite, perché il maschio non si dimostra meno aggressivo, né la femmina meno remissiva che d'ordinario. Un simile stato di cose si produce facilmente dove ha vigore lo scietto sistema della clausura, ma non è irrevocabile, anzi sparisce di regola al primo soffio di vita promiscua e senza pastore. Tuttavia si danno casi in cui, per la doppia combinazione d'una sensualità precoce e d'una fantasia esuberante, le prime immagini erotiche allo stato nascente, ancorché ispirate ad un ideale obliquo, restano subito circondate di un'aureola così sfolgorante, che sfilano qualunque considerazione fisiologica.

L'omosessualità compie la sua rotazione intorno da un sesso all'altro quando il maschio invertito, sin fino allora attivo, fa della passività la sua unica bandiera e diventa un *caceto*, un *poferendo passivo* con tutti gli istinti della donna; o quando la donna omosessuale, sin fino allora passiva, adotta la tunica maschile e fa la corte alle donne con tutti i propositi del maschio. D'adattarsi in audacia, di sofisma in sofisma, d'ossessione in ossessione, l'invertito cerca di trasferire negli altri l'orgasmo particolare che vorrebbe provare egli stesso, sia perché dalla vita rappresentazione dell'altre voluttà ritrae più acuti piaceri che dalla realtà della propria, sia perché con questo scambio delle parti amorose gli riesce più facile di trovarsi un complice.

Fra gli omosessuali vi sono psicopatici di varia origine: *severosessuali*, *castronazisti*, *paranoici*, *degenerati superiori* nel pieno vigore dell'ingegno, ed anche *degenerati inferiori* a livello degli *collecchi*. Tutta questa gente si può dividere in due classi: *invertiti naturali* e *invertiti ideali*.

La figura del solennita di mestiere, con la faccia imbellettata, i capelli lunghi, i fianchi oscillanti, il passo breve e il vestire effeminato, non rappresenta sempre il culmo dell'omosessualità, perché più spesso è indizio d'intossicità morale e intellettuale cromaticamente sbruttata. Il tipo dell'invertito passionale, e più ancora quello del semi-invertito, che assente le proprie tendenze e le reprime o che assente con trepidazioni l'ignoto compagno su cui potrà soddisfarle senza pericolo e senza vergogna, indovinandone l'esistenza da uno sguardo o da un improvviso rossore, si ritrova di preferenza fra gli uomini raffinati, come un effetto delle alchimie selettive: nel cinquecento ne furono più specialmente inclinati gli eruditi, nell'epoca attuale i superuomini, e in ogni tempo i frati. Non è raro il caso di *pervertiti idealisti* o *séso* (principalmente quelli di primo grado) che intossicano la loro clinica erotica ai riguardi sociali ed agli strazii di coscienza, e che, se non riescono a correggersi,

sono alcuni: imporsi all'intera esistenza per tutta la vita, causa ed effetto, insieme, di crisi periodiche. Queste crisi, di cui il medico non fatica a discernere il significato segreto, sono il solo fenomeno rivelatore di un'ipotesi che seguita a rimanere ignorata da tutti gli altri.

Possiamo prodursi pervicacemente d'ogni sorta anche in persone che erano solite ad un esercizio perfettamente normale delle funzioni sessuali. Ciò avviene nell'autocismo erotico ed acuto, nella *parafasi progressiva* e nella *devianza senile*, come conseguenza di intossicazioni che agiscono sul cervello in doppio modo, cioè da un lato irritando la sensibilità peristiva, dall'altro paralizzando la personalità psichica e quindi i freni inibitori che frenano l'aspetto del pudore, del ritratto estetico, della coerenza morale. Simili casi, del resto frequenti, non hanno nulla di comune coi pervicamenti d'origine infantile; piuttosto che come un marchio della costituzione psichica, sono da considerarsi come un effetto sortito del disordine mentale. Gli stessi agenti tossici, se la loro influenza locale sulla sensibilità genetica è poi accentuata, sono in grado di produrre (ed è il caso più comune) anche il fenomeno opposto, cioè l'*impotenza*. E precisamente: il sintomo più comune fra quelli presentati dagli alcoolisti, dai parafasici e dai dementi senili in materia sessuale è la *dissociazione* fra due processi del tutto parallelamente paralleli: la fantasia è in tumulto e l'erezione si letterga.

Sono da considerarsi come pervicamenti anche l'onanismo in età adulta, e l'esagerazione asservita delle pratiche masturbatorie nell'adolescenza. Gli altri d'ordinamento esercitano un'influenza caratteristica, talvolta anche per la loro risoluzione totale ed improvvisa, sul decorso della devianza *primitiva*.

2.° — MIMICA, FAVELLA E SCRITTURA.

La irregolarità, talvolta assai delicata, di questi processi essenzialmente espressivi si riferiscono non tanto al contenuto di ciò ch'essi esprimono, quanto alla *forma* dell'espressione. Il contenuto delle espressioni mimiche, verbali e grafiche, che è sentimento per gli atteggiamenti del viso ed è pensiero per la parola, appartiene, se è morboso, alla patologia del sentimento ed a quella del pensiero. Qui, di tutte queste anomalie proibite e intersece non si fa menzione se non quella che si manifesta in modo caratteristico ed esclusivo o nella mimica o nella favella o nella scrittura, e che, senza un tale connotato, resterebbero ignorate. La forma, invece, dei processi espressivi, non essendo che puro movimento, appartiene per intero, se è alterata, alla patologia dell'inervazione centrifuga.

Anomalie dell'espressione mimica.

Nei bambini qualunque specie di dolore, fisico o morale, si manifesta rumorosamente per mezzo del pianto. Negli adulti il pianto è assai raro, ma non vi è sfumatura anche lieve e momentanea di tristezza, che non si tradisca sul viso rannuvolato, sradando ogni sforzo per nascondere. La tristezza del viso non è che un pianto parziale: senza lagrime e senza singhiozzo. La fronte aggrottata, gli angoli della bocca abbassati, il viso allungato, il capo inclinato sul petto, le palpebre cascanti, lo sguardo velato costituiscono l'espressione completa del dolore psichico. Un'espressione simile in permanenza è indizio certo di depressione sentimentale e assai probabile di melanconia (c. fig. 44).



Fig. 44. — Melanconia semplice.

Vi sono melanconici che piangono quando in quando piangono direttamente come bambini. Ma basta la contrazione parziale d'un solo o di pochi muscoli perchè si veda visibilmente di fuori, a dispetto di qualunque protesta in contrario, il cattivo umore o l'umiliazione che rodono l'anima di dentro. Quando agiscono i due corrugatori, le sopracciglia si avvicinano, abbassandosi verso la radice del naso, e la cute della glabella si piega in solchi longitudinali: ora, anche le forme più gravi di melanconia non si passano, qualche volta, che nella fronte leggermente, ma invariabilmente accigliata. Questo atteggiamento prende il nome di onega o segno di Schizma, benchè più spesso abbia la forma di un M o d'un quadrilatero privo del lato inferiore (fig. 45).

Il dolore psichico si afferma ancor meglio per mezzo d'un altro muscolo, il triangolare del mento, che è bilaterale ed ha l'ufficio di antea-

sare gli angoli della bocca. Questo muscolo, come osservò DUCHENNE, si sottrae più degli altri al dominio della volontà. Se un'idea dolorosa o irritante traversa il cervello d'un adulto sano, si sente, dice DARWIN, alcune cellule nervose che per un'abitudine d'origine infantile trasmettono subito a tutti i muscoli respiratori ed a quelli della faccia l'ordine di contrarsi, disponendosi ad un accesso di pianto. La volontà interviene a spiarlo a tempo un contordine; ma, perchè il dolore sia piuttosto intenso, come nella melanconia, il contordine non è mai rispettato per intero, e i due triangolari del mento sono appunto, fra i muscoli facciali, i meno docili ad obbedire. La loro contrazione destruttura il coso detto alare, o *angolo della faccia*, che è la prima più dimostrativa della tristezza, perchè, a differenza del corrugamento della fronte, non può essere né dissimulato, né simulato per opera della volontà.



Fig. 22. — Melanconia con vizio organico del triangolo alare (Lewy).

Fino che non si dissipa ogni traccia dell'espressione dolorosa, per quanto siano scomparsi o latenti gli altri sintomi della melanconia, è vano far diagnosi di guarigione. E infatti, il melanconico veramente guarito si presenta addirittura trasfigurato. Dalla sua fronte spianata, dalla bocca sorridente, dall'atteggiamento rinfiancato del capo e

della persona traspare una compostezza profonda e serena che è la vera antitesi dello stato precedente.

Al raddrizzamento doloroso e quasi difensivo del melanconico fa riscontro l'espansiva allegria, per non dire provocante, degli esultanti, che varia a seconda dei casi (come Funari) tra l'allegro, l'erotico e l'iracundo. L'allegria ha per suo obbigo classico il riso; il sorriso non è che un riso incompiuto; e l'espressione statica del buon umore non è che un atteggiamento semisorridente del volto senza partecipazione del diaframma. A compiere questo atteggiamento d'ilarità pacata cooperano appunto gli stessi muscoli del riso, ma non tutti, ma solo in piccola parte e per mezzo di contrazioni appena accennate. A questo modo il viso, che nel dolore si affunna, si allarga nella gioia: le due estremità della bocca si rialzano, il naso si rianfranca, le guance si distendono lateralmente, gli angoli

esterni degli occhi s'intersecano come per preludere al sorriso (figure 46 e 47). Si ha un bel reprimere il sorriso; ma il buon umore trabocca istessamente dallo sguardo più vivace o dalla rima palpebrale più aperta.

Nei bambini, è più specialmente negli gommoni, i muscoli del naso sono sempre in festa, anche quando non ridono; primi fra tutti il grande zigomatico e il triangolare del naso. L'apertura oculare è più ampia e lo sguardo è più mobile.

Qualche volta i bambini tendono un po' all'eccezione. Il loro viso acceso assume un'espressione tra languida e stil-



Fig. 46. — Stato d'eccezione normale; allargamento della faccia.

lizzata. La cosa avviene nelle isteriche. Il retto superiore e il grande obliquo inferiori sotto la palpebra immobile una parte dell'orlo, e lo sguardo irrompe, a volto anche tremulo, senza smarrirsi in un segno d'amore; ma alla contemplazione mistica e indifferente si alternano occhiate al buio, che, nella loro precisione, non ammettono equivoci. Questa maniera degli occhi è così istintiva, che nella loro onestà primordiale possono adottarla persino gli infermi (fig. 48).

Si osserva uno sguardo simile, ma esagerato al punto e solo per un istante e sempre accompagnato da nistagmo, nell'innanzi della grande



Fig. 47. — Paula Oppère. Senectute.

un istante e sempre accompagnato da nistagmo, nell'innanzi della grande

gioni, ciò che continua come una specie di aura glaciale; e più continuamente, per ore intere, con e senza risveglio, nelle fasi d'*extasi* che fanno parte del grande accesso isterico. Così nel celebre affresco di Giannantonio Bazzi detta il Sodoma, è raffigurata Santa Caterina da Siena.

La forte contrazione dell'elevatore solleva la palpebra superiore e lascia scoperto, al di sopra dell'iride, il bianco della sclerotica. Ne risulta uno sguardo «sergico» strano che non si riscontra mai nei normali, nemmeno in circostanze eccezionali, e che, a seconda del contorno minico,



Fig. 48. — Individa con tendenza manica, in atteggiamento di civiltà. Scossa sfissa malinconica.

può esprimere l'orrore, la paura o la collera. Non esprime nulla, appunto per la mancanza d'un contorno minico, nei basofrenici. Lo sguardo di questi malati è dovuto alla contrazione attiva dell'elevatore delle palpebre ed all'effetto passivo dell'esaltato. Ma negli estasi l'occhio spalancato prelude spesso al furore, o basta, per determinarlo, un lampo d'indignazione anche assai lieve. Il furore non si esprime così che nei maniaci. E infatti, per quanto il furore si presenti con pari violenza e intensità anche all'interno della mania, nell'ecosistema, nell'epilessia, nella *paralisi progressiva*, è ben difficile che vi raggiunga mai altrettanta evidenza d'espressione. Lo

stato di confusione o addirittura d'incoscienza che accompagna gli episodi d'esaltamento in quest'ultima forma di malattia dà luogo ad un disordine tale dei movimenti minici, che non è conciliabile con un'espressione determinata.

Nei *paralici* vi è un'altra ragione che rende, più che sfialità, manchevole qualunque espressione d'affetti. Questi malati, benché non di rado vengano soggetti ad impetuosi colori paurosi o d'allegrezza sfrenata, sono colpiti fin dai primordi del processo morboso da un'anestesia patognomonica (fig. 49). Il loro viso un po' cascante è una maschera malferma ed inespressiva che difetta di mobilità e di tonicità, specialmente dagli occhi in giù (fig. 50). Non già che siano interrotti o cessati i processi d'intervista minica, ma essi arrivano alla faccia con grande e visibile lentezza, ed uno ad uno, sommarariamente. Per causa della lentezza

epoca maggiormente la successività dei movimenti, e manca quell'effetto d'insieme che si scompone in più contrazioni quasi simultanee: per la parzialità delle contrazioni muscolari manca quell'irradiazione mimica che è il complemento necessario di un'espressione veramente sensibile, comunicativa ed estetica.

L'anima si può mettere in evidenza invitando il malato a compiere qualche movimento costituito ed isolato, per esempio quello di aprire la bocca e chiudere gli occhi o viceversa (Morselli). Simili associazioni di movimenti, che i sani improvvisano a perfezione di primo acchito, riescono difficili ai paralitici, che non le effettuano se non applicandovi la massima attenzione.

La deficienza dell'integrazione si osserva principalmente nel pianto ed



Fig. 40. — Pianto progressivo; isolato.

anche meglio nel riso. Il riso del paralitico è disarmonico e privo di finezza per quanto sia timoroso: qualche volta non ridono che gli occhi e il diaframma. Il pianto poi non è più che un singhiozzo sommato con un po' di lacrimazione. Quanto alle gradazioni medie del dolore e del piacere, la loro espressione è così scialba e irrazionevole, che qualche volta avviene di non capire se il malato è lieto o afflitto. Oppure si manifesta uno strano contrasto fra la fronte pensosa e la faccia gaia o indifferente (fig. 41); dissimile.

L'emozione è assai più rara, ma talvolta altrettanto profonda negli epilettici moderati, o ciò denota che i nervi tormentati dalla convulsione



Fig. 41. — Pianto progressivo: ansiosa ansietà nel campo del facciale inferiore con manifestazioni della incoordinazione muscolare nella parte superiore del viso.

o piuttosto i loro nuclei d'origine cominciano a diventare la sede di lesioni organiche.

Vi sono persone dall'aria impassibile, in cui l'espressione è congenita o sembra un marchio dell'aridità affettiva. Negli *infiecciti ereditari* o nei *scapoli di spirito* è frequente un'ipersensibilità scimmiesca. Nell'*arrestamento* l'immolazione mimica perde il potere di esprimere le sfumature affettive per mezzo di movimenti minuti e complementari (assimila delle espressioni minime); ma acquista, quasi per compenso, un maggior vigore nell'esprimere i sentimenti fondamentali mediante i movimenti principali (permetta delle espressioni massime), come osservò assai bene TOSSEI.

Questo fatto non è ignorato, anzi è abilmente sfruttato dagli attori che rappresentando la parte di vecchi si fanno per così dire marconiani; e può servire, quando non è simulato, come contributo alla diagnosi dell'arteriosclerosi cerebrale o della senilità precoce. Forse la causa del fatto sta in questo: per l'involuzione dei loro centri speciali (corticali?), i movimenti minuti perdono la facoltà d'irradiarsi separatamente e non si determinano più che in massa, partendo da un unico centro subcorticale, sede di reazioni più grossolane ed energiche, ma appunto per ciò un po' meno differenziate.

L'esagerazione delle espressioni minime raggiunge il culmine negli *scapoli* senza paralisi del facciale. Ed anzi la facilità al riso ed al pianto è un sintomo importante di detenzione apoplettica. Essa si può estrinsecare con veri accessi di riso e di pianto spasmodici (fig. 51 e 52). Sembra che questo sintomo sia più frequente nell'*emiplegia sinistra*, e ciò fa supporre che il centro mimico sia unilaterale e localizzato nell'emisfero destro. Secondo BISSARTI e secondo BRICHTENOW, che pervennero ad un'egual conclusione l'uno ed insieme dell'altro, il centro dei movimenti espressivi, o per lo meno del riso e del pianto, risiede nel talamo ottico. Da questo punto di vista sembrerebbe che il contagio parafico dei vecchi apoplettici non sia tutto dovuto allo stato di sfacelo psichico quanto piuttosto ad una irritazione parafasica locale e forse unilaterale del talamo ottico.

Questa localizzazione del riso e del pianto entra in gioco come causa meccanica d'una sindrome affatto particolare che si presenta nell'*aterosclerosi* o fuori dell'isterismo, e consiste in accessi di riso spasmodico o (più raramente) di pianto spasmodico ed anche di riso e pianto alternati. Vi sono *metropoli* nei quali ogni risata assume il carattere d'una crisi prolungata, esauriente ed infernale, non molto diversa da un accesso epilettico: nel Morgante maggiore di Pulci il gigante Margutte, personaggio grottesco, muore d'una risata convulsiva e interminabile, vedendo una scimmia con le scarpe. Il riso riluttoso e senza causa è frequente

nella demenza precoce, anzi ne è un indizio patognomonico e prezioso, perchè la contraddistingue dalla stupore semplice.

La *serrastenia costituzionale* è il terreno d'elezione in cui fiorisce un'altra singolarità mimica, vale a dire il tic o *tremolo*. Il ticchio consiste nello spasmo involontario, intermittente ed abituale di uno o pochi muscoli, la cui contrazione fisiologica è dotata d'un valore espressivo. E infatti alla loro origine queste contrazioni spasmodiche non sono che gesti od atteggiamenti mimici, per lo più asimmetrici: una preoccupazione marica con il carattere della *folia ossessiva* finisce per ren-



Fig. 31. — Demenza apoplettica: espressione anormale allo stato collettivo di riposo.



Fig. 32. — La stessa malata in una crisi di pianto spasmodico provocato da una parola banale di compassione.

denti incoercibili. La sede più frequente dei ticchi è nel viso, nella traccia, nelle spalle, nei muscoli del respiro. Il malato ammiccia ad ogni istante con le palpebre; od alza la spalla torcendo il collo come se fosse molestato da una camicia troppo stretta; o interrompa il discorso con qualche inspirazione rumorosa (abitudine piuttosto comune fra i Tedeschi del Nord), o succhia la saliva con un angolo della lingua. I ticchi sono un fenomeno quasi ordinario, ma cessano nei ragazzi fra i 7 e i 10 anni; e ne sono quasi totalmente risparmiati le femmine. Ma in luogo di dilata-

guardi a poco a poco, persistono e rappresentano un marchio di nevrosi.

stesia quando l'inaccessibilità degli educatori « la costituzione nevropatica dei bambini fermata in loco anteriore alla loro definitiva articolazione. Fra i pazzi non bisogna considerare i ticchi coi movimenti sistematizzati.

Anomalie della favella.

Difetti d'articolazione acquisiti. — L'articolazione della parola subisce le sue maggiori traversie nella parola progredendo. I paralitici iniziali (decorrono) all'istante speditamente, ma ogni tanto incompiano in modo appena percettibile, specialmente quando devono pronunciare parecchi «muri labiali o linguali l'uno di seguito all'altro, come nella celebre locuzione quarto brigata d'artiglieria. Questo fenomeno è assai conosciuto sotto il nome di *disartria*, ed è una squisita prova diagnostica del processo paralitico. Alcuni tra i paralitici non sanno più emettere che una serie di suoni martellanti ed inderogabili; ciò significa che della disartria sono passati all'*anartria*, e che la parola è assai vicina al suo stato terminale. Ma anche nelle stadi terminali l'anartria assoluta non è molto comune.

Un altro disturbo della favella che è caratteristico della parola maltratta, ma assai più frequente dell'anartria, è la *brasilala*. La brasilala è determinata più che dalla parola, da un tremore incessante dei muscoli destinati alla parola. Il tremore è più accentuato al principio del discorso, ed è assai visibile nell'articolazione delle labiali; ma può estendersi alla lingua, al velo palatino ed anche alle corde vocali. In questo caso, oltre all'articolazione, è alterata la fonazione.

La disartria, l'anartria o la brasilala s'associano spesso, oltre che fra di loro, anche con l'astenia, e sono un sintomo raro, ma sicuro e tipico anche nell'*epilessia*, dove indicano sempre un processo lento o irreparabile di decadenza fisica o mentale.

Il tremore intenzionale dei tendini non è da confondersi con quello di natura ereditaria che si può osservare per familiarità in persone non malate. Di solito i normali che stano colui all'impensata da tremore della voce e delle labbra dimostrano col turbamento della filonomia il belularazzo o se ne sentono « staccati di parlare. Invece i paralitici e gli epilettici, ai quali la brasilala è abituale, non se ne danno per intesi e continuano a scartare parole lente, stentate o monotone con un accento sentenzioso ed impassibile, che dimostra la mancanza di qualunque emozione.

Raramente il tremore o piuttosto un certo grado d'astenia danno luogo ad una forma di ballismo acuto, che si può osservare nelle *encefalo-*

patite con lesioni organiche come conseguenza di crampi muscolari, specialmente nel dominio dell'ipoglosso. Questi crampi raggiungono il massimo nell'attacco, che rende la favella impossibile.

Anche i melancolici, gli ossessi ossiosi, le isteriche in stato d'estasi e gli epilettici in stato di confusione postictusale sogliono parlare con una lentezza straordinaria. Ma questaBradilalia d'origine psichica è assai diversa dalla Bradilalia d'origine organica. I malati, gravemente preoccupati e confusi, introducono pause talvolta interminabili fra una frase e l'altra ed anche fra le varie parole; ma le singole parole non subiscono interruzioni, né rallentamenti interni. Nei melancolici la Bradilalia è il prodotto di speciali influenze psichiche: diffidenza, vergogna, insifferenza dello sforzo, allucinazioni imperative; ma vi sono melancolici gravissimi che non ne soffrono affatto e parlano speditamente. Negli ossessi ossiosi la parola non è ritardata che dalla lentezza dei processi fissivi.

Anche negli epilettici si può notare, fra le varie stranezze di cui danno saggio per abitudine, una forma di Bradilalia caratterizzata con pause illogiche e silenzii prolungati senza causa organica, né emotiva. L'irregolarità di questo pause e il loro carattere caparcioso rendono assai facile la diagnosi differenziale di fronte al fenomeno della parola scandita, che è proprio della sclerosi o pliche. La parola scandita è dovuta alla lentezza dei movimenti espiratori che determinano la fonazione e si rileva assai bene nelle parole plurisillabiche, come *costantinopolitano*, o invitando il malato a pronunciare ripetutamente e con rapidità una data vocale, talché i suoi esecuzioni in ragione di 4 ad 8 ripetizioni per minuto secondo, e le persone affette da sclerosi o pliche non può di dirle o tre volte.

La difficoltà della favella può arrivare fino alla completa afasia. Accessi di afasia acquista, oltre che nella demenza apoplettica, si presentano come un episodio effimero anche nella paralisi progressiva, nella psicosi uremica o nella demenza senile (forse per complicazioni uremiche).

Defetti d'articolazione congeniti. — Fra gli imbecilli accade spesso di trovare la gran zambra ed essi accentuano quello stesso imperfezioni congenito di pronuncia o *dissocerie letterali* che eccezionalmente e in forma isolata s'incontrano talvolta anche fra i normali. Nei normali l'origine di queste imperfezioni è quasi sempre l'imitazione ed anche, ma più di rado, una incapacità affatto parziale e limitata a certi specialissimi atteggiamenti della lingua. Negli imbecilli le imperfezioni di pronuncia dipendono piuttosto da un arresto generale o, in altri termini, da un'incapacità di progresso che impedisce a molti processi d'intervazione motoria, compresi

quelli dell'articolazione o della fonazione, di differenziarsi con qualche inefficienza. E infatti, non solo gli sordelli pronunciavano male le parole, cioè come bambini che appena cominciano a parlare, ma spesso dimostrano un'instabilità analoga in altri esercizi muscolari, per esempio nell'incasso (MOSKALZ e TAMMENT), nel correre, nel ballare, nel gesticolare, nell'infilare un ago, nel chiudere un occhio solo, nell'estendere due o tre dita della mano contratta a pugno, nel cantare, nel declamare.

Le più comuni fra le deviazioni letterali congenite sono la balbuzie, il ronzamento, il lambdacismo e la blebbità, che nel linguaggio corrente lo comprende tutte. Si dà il nome di balbuzie congenita a quella difficoltà nella pronuncia di determinate lettere, specialmente delle labiali, linguali e nasali (i così detti suoni esplosivi), che si manifesta con un ritardo o con una violenta spasmodica o con la riperizione dei suoni relativi. Il ronzamento è l'incapacità di pronunciare correttamente l'r, che perciò viene o del tutto saltato o sostituito con un e o trasformato in un rō grosso d'origine laringea. Il lambdacismo è l'omissione o la deformazione dell'l, deformazione che porta a pronunciarlo come d, come g o come ng (nasale). La blebbità in senso stretto è la soverchia pronuncia dell'a, che si converte in r o f o anche in un suono sordante, come se scivolo da una fenditura sottile o lineare, od anche in un ek aspirato (quattro per quattro). Tutti questi difetti si possono replicare istintivamente con un altro d'attenzione.

Nei casi molto gravi d'imboscione che raggiungono l'oblio, le imperfezioni di pronuncia restano sopralatte e nascoste dall'oblio. Però sono ben pochi gli idioti che non perdino per assoluta deficienza d'idea. L'infamia dipende assai più spesso da lesioni locali che si estendono a processi di cerebrogene infantile, o che colpiscono o direttamente il centro dell'articolazione o indirettamente i centri sensoriali del linguaggio.

Una condizione mortale che clinicamente è nota da secoli è quella dell'idiotia con la sordità completa: sordomutismo. Ma vi sono, fra i sordomuti da un lato e fra i semplici imbosciti dall'altro, ogni sorta di intermedi di sordità parziale che presentano forme e gradazioni di grande interesse, sebbene di non facile studio. Da MEYER, da LUCARINI e da LUTHERSCHEIDT fu dimostrato che un buon numero di sordomuti, circa la metà, possiede tracce di udito. Il loro difetto d'udimento ha, più che altro, il carattere della sordità parziale (HALLER). Essi non sono in grado di percepire le frasi, ma percepiscono parole o singoli fonemi, per esempio le vocali, od anche determinati rumori, come uno sbattere di mani, una chiavista od una voce e da vicino, od alcuni fra i toni musicali con esclusione di altri: e questa capacità parziale dell'udito è già utilissima, non meno della vista e del senso muscolare, nella loro educazione. Per-

sinò un'affezione periferica del nervo acustico, come esito di un'otite infantile, può dar luogo a *sordità per il linguaggio* e conseguente afasia, con l'apparire d'un sordomutismo completo, ma senza sordità totale o senza notevole diminuzione dell'intelligenza (RACHETTI).

Se i casi più gravi di sordità parziale sono accompiati per sordomutismo volgare, è nono probabile che i casi più lievi vengano erroneamente ascritti all'insufficienza o, per lo meno, all'*afasia motoria* congenita.

Forme di disfasia. — Il nome di *disfasia* è stato riservato da KUSSMAUL a quelle anomalie abili del discorso che dipendono non da un'incapacità nell'articolazione o nella rappresentazione delle parole, ma da una lieve anomalia del pensiero, anomalia che « è cristallizzata in un difetto caratteristico della logica ».

La più limitata ed innocua fra le *disfasie* è l'*intercalare*, che consiste nell'interposizione illogica, ma involontaria, d'una o più parole tra le frasi della conversazione corrente o talvolta persino tra le sillabe delle altre parole. L'*intercalare* non è che un *fuoco verbale*. In origine il vocabolo che degenera in un *intercalare* è adoperato a proposito, o per lo meno come un pleonasmo tollerabile. Talvolta è il correttivo deliberato d'un eloquio troppo lento o distratto o balbettante; ma l'eccesso della preoccupazione, assumendo il carattere d'una fissa, rende il correttivo più tenace e quindi più patologico del male, perchè dall'uso si passa all'abuso e dall'abuso all'incoercibilità. La fivola, come la ninna, è una finzione così automatica, che si emancipa assai facilmente dal concetto dell'attenzione: da questa facilità d'automatismo nasce la incoercibilità, ma insieme alla fivola anche la ripetizione quasi incosciente di frasi fatte, di luoghi comuni e d'*intercalari*, che rappresentano del resto per molta gente il novanta per cento della conversazione.

Una forma di *disfasia* assai più intima e significativa è il *neologismo*. Non già che l'invenzione parole costituisca per sé stesso un sintomo anormale: al contrario, non s'è parola che, o prima o dopo, non sia stata conosciuta da un inventore isolato: e il vocabolario non è altro che un cumulo di neologismi più o meno « vecchiati ». Ma i neologismi patologici hanno un'impronta propria che tradisce la loro origine illegittima. L'uomo normale che si dà la pena, rispettando certe regole etimologiche, di creare un nuovo vocabolo, riesce quasi sempre a metterlo o poco o tutto in circolazione. Il suo neologismo nasce da un pensiero e da un bisogno individuale, ma non solitario, perchè risponde in qualche modo ad un pensiero e ad un bisogno collettivo; e questa rispondenza gli dà ali a divulgarsi e a perpetuarsi nell'uso corrente e talvolta lo attira nel lessico della

lingua ufficiale. Se poi il neologismo, malgrado tutto, non attecchisce nella comunità, l'autore di mente sana lo ripudia e lo dimentica, mentre il pazzo vi insiste sopra con un'ostinazione ira ingenua e spavalda, che dimostra una fede mistica nella virtù delle parole, e quindi una disposizione di spirito prettamente psicotica.

I neologismi marcati hanno un significato ben diverso a seconda della parte da cui germagliano, e perciò costituiscono un buon elemento per la diagnosi differenziale. Spesso sono la scintilla perduta d'un delirio che si accende e che sfuggirebbe senza questo segno rivelatore: neologismi paranoici, come *peccato*, *bastardo*, *conquistosenza*, *Barbuto I*. Altre volte la parola inventata dall'infermo non rivela nulla di nuovo, ma conferma il grado di marcoso predominio a cui possono arrivare certe aporetismi ipocondriache: neologismi *desacceramento* (Dr. Savary). O infine, non si tratta di *ecclesi* regolarmente costati e abitualmente adeguati, ma di *metatesi*, mutilazioni e ripetizioni verbali che sorgono o cadono in un'impersonazione logorica: *arobasso* affari dell'aerona e della natura. Si possono poi considerare come neologismi anche quelle parole della lingua comune a cui i pazzi attribuiscono sistematicamente un senso diverso dall'usato e più o meno raccolto, ma aderente al loro delirio: *parco magnetico*, *affettivo*.

La molteplicità dei neologismi conduce alla scollata, che implica una trasformazione generale del contegno. Aggiunto per ciò la neolalia è già stata presa in considerazione fra le anomalie della condotta. Questo sintomo ha ben poco di comune con quello del neologismo isolato, che è quasi sempre unico, e affettivo, mentre quest'ultimo è proprio della paranoia o della neotattica, la scollata interferisce non si riscontra che nei *depressi precoci* ed è anzi una nota caratteristica degli ebreonici più aggravati.

Un sintomo talvolta assai ostinato e sempre assai importante di disordine mentale è il *malumore* colorato o senza depressione affettiva, che i Tedeschi chiamano *nosticismo*. Lo si riscontra nei *paranoici* come mezzo più o meno acconco a dimostrare un sentimento dignitoso, ma più spesso nei *depressi precoci* come effetto d'un voto caparrioso o come espressione di negativismo cieco, o delle interferenze come una paralisi psichica ossia un'afasia localizzata che può, in modo analogo, determinare anche un semplice stato d'afasia ma con scortia della base. Ordinariamente tutti questi incartamenti d'eloquio manifestano benissimo il loro pensiero con gesti, scritti o disegni che non lasciano nulla a desiderare per chiarezza, evidenza ed abbondanza. I loro silenzii durano talvolta alcuni

Atomalie della scrittura.

Negli scritti degli alienati si notano irregolarità di forma che dipendono da perturbazioni dei movimenti o irregolarità di sostanza che dipendono da perturbazioni del pensiero. In quest'ultimo non sarebbe qui il caso di parlare se qualche volta non si potessero per l'unica via della scrittura, sia perché il malato è morto o lontano, sia perché nei suoi discorsi ed atti non lascia trapelare i terribi cenni che confida alla carta.

Fra le irregolarità del movimento è importante il tremore. Gli autografi degli alcoolisti hanno un valore non inferiore a quello d'un tracciato roccioso sopra un cilindro di Balthaz. Guardandoli da vicino, si scorge che sono composti di aste regolari, ma continuamente serpeggianti, quasi per una specie di ornamentazione volontaria. La scrittura dei



Fig. 55. — Scrittura di parafasi. Firma: Pissini.

vecchi presenta oscillazioni analoghe, che cioè non deformano le linee calligrafiche; ed anche queste oscillazioni assumono una certa importanza dimostrativa nei casi incipienti e ancor dubbi di senilità atossica. Si tratta, evidentemente, d'un tremore che i malati non riescono a padroneggiare, ma che permette loro di scrivere passabilmente o senza grande sacrificio della velocità. Questi costanti della scrittura offrono il mezzo di distinguere il tremore dell'alcolismo e dell'involutione senile dal tremore *frenabile* della parafasi opatta come pure dal tremore *polivortico* ed *peribotico* della monografia o erompo degli scissuri, che è un semplice elemento d'un disordine ben più generale, cioè di un'ossessione professionale a firma monogastica e spesso dolorosa.

Nei casi iniziali di parafasi progressiva il tremore assume un carattere specifico; perché colpisce esclusivamente i muscoli abducenti della mano e quindi i filotti ascendenti d'una o più lettere.

Quando la parafasi progressiva è più inoltrata, si entra decisamente nel

cappo dell'ultima grafia. Un sintomo arcaico, ma protalpico, è la

Garo Gigino
 Vieni preso
 a Tirone per
 ga ambinare
 un viaggio
 e perche il
 vegli regala
 un mighosse
 Giario T. schi
 A. S. S. S.

Fig. 24. — Sintoma di parafasia. Intervento anche nel contenuto: idee parali di grandezza, errori ortografici, omissioni di lettere e sillabe. L'infermo era un linguista abilitato istruito.

micrografia. Chi ha difficoltà a scrivere cerca di superarla scrivendo più in grande. Questo espediente è istintivo, e lo adottano senza riflettere

anche i non paralitici, per supplire alla deficienza della vista, dei muscoli e dell'attemperone. Negli scritti dei paralitici avanzati si scorgono: in più le seguenti alterazioni di forma; gli occhietti e le volute senza rotondità, angulosi o troppo angli; una lettera 2^a molto più piccola della vicina o più grande della terza; le aste discendenti sono qua o là spezzate in due branche perchè la penna troppo premuta e quindi troppo svariata esaurisce subito tutto l'inchiostro di cui è provvista; l'insieme della pagina manca di parallelismo e si vedono linee che tendono ad incrociarsi.



Fig. 53. — Sopraescritta di una lettera inviata da un paralitico a sua moglie. Da notare: omissioni di lettere e sillabe malamente scritte; ripetizione di sillabe nella parola «stanco».

Quanto ai *paralitici ferreo-verbali*, la loro atassia è così pronunciata, che qualche volta non riescono nemmeno a tenere debitamente la penna (fig. 53). A rendere la scrittura ancor più irregolare e quasi indecifrabile, fino alla vera disgrafia, non basta l'incapacità muscolare; occorre anche quella dei centri rappresentativi (fig. 53). Questa incapacità specifica non è sempre dovuta a lesioni distruttive, ma può presentarsi transitoriamente anche per lesioni egualmente localizzate. Tale è il caso d'un paralitico che in una fase relativamente precoce del processo morboso era quasi ridotto all'agrafia e pareva insuscettibile di miglioramento; ma a seguito, dovuto di nuovo capace di tracciare qualche parola.

Fra i disordini del pensiero che possono produrre alterazioni caratteristiche della scrittura sono da menzionare la disattenzione, la volubilità e l'impulsività sistematizzata dei *dementi precoci*. Per disattenzione sono soprattutto i parafasi che omettono lettere e sillabe o che le ripetono, non ricordandosi d'averle già scritte (fig. 54 e 55). Per volubilità possono nello scrivere i *dementi* che adottano caratteri diversi, sottolineano molte parole e abusano di punti esclamativi. Per impulsività sistematizzata si distinguono i *dementi precoci* che usano vere forme di neografia con simboli fantastici (fig. 56) o una specie di paragrafo con lettere eccessivamente calligrafiche o esclusivamente maiuscole o stampatelle o arabesche o guscinate, o ciò senza tener conto dello stile preteso o ingeneroso.



Fig. 56. — Neografia o un caso di *demenza precoce*. L'ammalato è solito scrivere questi segni coi caratteri ordinari. Per lo più adopera una sola del genere sopra otto o dieci parole, innanzi tutte le quali qualche sigla precede. Qui le sigle neografiche sono ripetute una di sopra all'altra, e alle tre volte ne precedono altre dodici, tutte simili, ogni volta ingrandendo la raffigurazione del tipo, e distinguendo dalle altre.

Vi sono molte persone che con la mano sinistra non sanno scrivere che a specchio, cioè in direzione esterna, come con la mano destra; e ciò dà luogo a caratteri invertiti come quelli della litografia. Evidentemente, quando l'emisfero sinistro detta alla mano destra, l'emisfero destro risponde vagamente gli stessi stimoli al movimento, ne conserva la memoria allo stato passivo, e così si mette in grado di ripeterli all'occorrenza. La scrittura a specchio è dunque una ripetizione dell'automatismo motorio che presiede a questa funzione, indipendentemente dalle immagini visive. Di qui la conseguenza: tutte le condizioni favorevoli all'automatismo in genere, la disattenzione, il sonnambulismo, l'ipnosi, e le malattie mentali accompagnate da annebbiamento della coscienza, rendono più agevole anche quell'automatismo particolare che è la scrittura a specchio.

3. — REFLESSI VOLARI.

Le alterazioni morbose dei riflessi motori, secretori e uccelli non sono collegate ai sintomi psicopatici per mezzo d'un rapporto semplice e diretto, e perciò non dicono nulla sulla natura di questi sintomi. Per esempio: il restringimento delle pupille può conciliarsi egualmente col delirio ipocondriaco della paralisi progressiva, col delirio megalomaniaco della stessa psicopatia, col delirio mentale dell'alcodismo cronico e del delirium tremens o con la facilità della tale spande. Ma gli insegnamenti che scaturiscono dalla verificaione di questi diversi riflessi non sono perciò meno preziosi: soltanto lascino impregudicato il soggetto del quadro psicopatico e spesso anche il nome della malattia morbo, essi ci porgono una base assai solida per valutare lo stato nutrizivo ed anatomico del neurasse e quindi anche in particolare della corteccia sensoria. Dalle condizioni in cui si trovano gli apparecchi di reazione esterna noi possiamo arguire se siano presenti o prossime lesioni corrispondenti dei centri psichici, quant'anche da parte di questi non sia partita alcuna manifestazione psicopatica o non esistano che sintomi ambigni.

Reflessi viscerali. — La stipsi è piuttosto frequente negli stati depressivi: essa è uno dei sintomi caratteristici della melancolia, dove non manca quasi mai, e della nerropsosi, dove è però molto più rara. Nell'isterismo si ha molto spesso stipsi continue o periodi di stipsi alternati con periodi di *diarrea*; ma ciò dipende in parte dal fatto che l'isterismo colpisce quasi esclusivamente le donne e che le donne sono soggette alla stitichezza più degli uomini, siccome a motivo del regime di vita più sedentario. In ogni modo le isteriche possono passare 10 o 12 giorni senz'alcuna deviazione, e soffrono spesso di meteorismo. Esse hanno talvolta anche la capacità e l'abitudine di deglutire dell'aria, procurandosi una dilatazione effusiva dello stomaco, a cui danno sfogo con eruttazioni d'aria straordinariamente sensibili. Ma è assai più frequente una certa incapacità di deglutire, non che l'aria, gli stessi cibi; e ciò per uno stato di contrazione dell'esofago che produce oppressione, tachicardia e inquietudine: *esofagismo*. Questo disturbo periodico non è da confondersi con la incapacità di deglutizione che si osserva nella *paralisi bulbare*, in casi di *lesione cerebrale* o come un reliquo della *dolente*.

La paralisi intestinale è spesso conseguenza di malattie dei centri nervosi con lesioni organiche: *paralisi progressiva*, *apoplezia cerebrale*, *tubo*, *meningite*, e più specialmente delle affezioni spinali localizzate al tratto dorsale, dove stanno i centri dei muscoli addominali. Negli stati di

profonda incoercenza, nel corso postepilettico e postepilettico, nell'arresto grave, nella debolezza senile, nella paralisi progressiva infantile e nell'adione vi può essere incoercenza intestinale, senza diarrea. Lo stesso vale per l'antrici (senza poliuria). Le diarree colliquative sono poi un sintomo fra i principali di certe intossicazioni specifiche, come quella della pellagra; tuttavia nella pellagra non è infrequente anche il fenomeno opposto, cioè una stipsi ostinata.

Il vomito si presenta come un sintomo importante di parecchie jaco-polie. Ostinato, ma senza nausea, nei casi di *demenza cerebrale*; parimenti senza nausea, ma in forma di crisi nella *paralisi progressiva* e nell'*arrosia*; incoercibile, qualche volta, nell'*idrosia*, quotidiano (matutino) e composto di muco nell'*alcoolismo cronico*.

Il *rumicoma* è un rigurgito volontario, moderato, indolento, anzi piuttosto piacevole dei cibi dallo stomaco alla bocca, dove vengono rianacati e rigistati come per una specie di ruminazione. Quest'alabastro singolare è propria di alcuni idoti e diventa fra i più allarmanti.

Reflessi tendinei. — L'interesse dell'esame clinico si concentra principalmente sui *reflessi patellari*. Spesso aboliti, più spesso esagerati, assai di rado normali nella *paralisi progressiva*, i riflessi patellari indicano lesioni diverse o dei fasci piramidali (secondarie, talvolta anche primarie) o dei cordoni posteriori (tabe-paralisi) che, una volta accertate, contribuiscono validamente a consolidare sia il concetto patogenetico della *paralisi progressiva* in genere, sia la sua diagnosi nel caso concreto.

Oltre alle irregolarità più o meno stabili e in ogni modo d'origine lenta che sono dovute a cure e propri lesioni progressive, i *paralisi* vanno soggetti ad irregolarità analoghe, ma transitorie, che si presentano brevemente nel contegno dei riflessi patellari, talvolta anche in *arrosia astenocervice* e che dipendono da lesioni circoscritte, ma riparabili della cortecia cerebrale. Simili fatti si osservano in concomitanza con gli accessi apoplettiformi ed epilettiformi che sono prodotti appunto dalla stessa causa, cioè dall'opera talvolta irritante, talvolta paralizzante dell'agente mercurico.

L'esagerazione dei riflessi tendinei è un sintomo costante delle *sevelo-plogie infantili*, dove spesso sopravvive alla paralisi ed alla stessa pertinca, come il documento ultimo o più tenace d'un processo esaurito; ed è sempre bilaterale, spesso di pari intensità, anche se i fatti paralitici, spastici o coreici siano distribuiti sotto forma emiplegica. Questo sintomo costituisce un prezioso criterio sia per ammettere una *progressiva cerebello-plogia infantile* in certi casi d'*idiotia* che sembrerebbero «aliquotici» o ereditari, sia per differenziare i reliquati d'una paralisi infantile con le

sione cerebrale da quelli che si devono ad un processo spento di possibilità anteriore.

I riflessi rotulei sono non di rado esagerati nella nevrastenia, dove all'incontro è eccezionale la loro depressione od abolizione. In generale, salvo il caso di vero e proprie lesioni degenerative o distruttive, l'esaurimento leggero, la debolezza irritabile, la dormiveglia e il riposo parziale dei centri cerebrali dotati di azione inhibitoria valgono soltanto a rinfaguzzare i riflessi spinali. Perché essi subiscano una sensibile depressione è necessaria la totale inazione del cervello, come nella narcosi profonda e nel sonno completo.

Una grande vivacità dei riflessi rotulei conferma la diagnosi di *peligra* anche molto tempo dopo la cessazione dell'intossicazione acuta, della diarrea e del delirio. Evidentemente il significato di questo sintomo è d'una lesione primaria nei fasci piramidali che risentono le conseguenze protratte del veleno passato attraverso l'organismo.

Il *clovo del piede* o la *trapadazione della caviglia* non sono che una conferma dell'esaurimento in cui si trova l'attività riflessoria del midollo spinale; e perciò non si presentano, in genere, che quando sono esagerati i riflessi rotulei.

Il sintomo di *Batenski* consiste in questo: che, titillando la punta del piede, si provoca l'estensione dell'alluce mentre in condizioni normali l'unica reazione è la flessione delle dita. Questo sintomo si verifica quando vi è lesione del fascio piramidale, vi sia o no contrattura dell'arto. È un eccellente segno diagnostico per differenziare le paralisi organiche dalle paralisi isteriche.

Riflesso della pupilla. — Non vi è irregolarità riflessa delle pupille che non possa presentarsi, come un sintomo tipico, nelle malattie mentali: *eciosi*, *mafrini*, *rigidità*, *neurostria*, fenomeno d'*ARCELL-ROBERTSON*, *accensione*. Per lo più tutte queste irregolarità dipendono da lesione, irritativa o paralizzante, bilaterale o unilaterale, del nervo oculomotorio o del suo nucleo d'origine; anzi, in modo particolare, dei fasci e del nucleo che presiedono tassativamente alla reazione della pupilla di fronte agli stimoli luminosi. Infatti all'irregolarità della pupilla non si accompagna quasi mai né lo strabismo, né la ptosi; e spesso le pupille che reagiscono male alla luce son sono punto paralizziche o contratturate di fronte agli stimoli d'altra specie.

Accanto alle lesioni specifiche che abbiamo mentovato possono agire sulle pupille anche disturbi d'ordine generale, che colpiscono sia il cervello, sia il simpatico. La degenerazione senile del simpatico è probabilmente la causa per cui le pupille sono spesso miotiche nei vecchi.

La miopia è un segno precursore della *fove* e della *paralisi progressiva*, e meno spesso, anche un indice ulteriore. Nell'*aleosia* cronica la miopia si presenta pure, ma ad uno stadio più o meno inoltrato. La *midriasi* è più frequente nelle fasi terminali della *paralisi progressiva*. Non è inutile ricordare che le pupille si dilatano temporaneamente (da alcune ore ad una settimana e più) anche per l'uso di certi medicinali. Non solo l'*atropina*, l'*osceina*, l'*iosciamina*, la *atropina*, ma anche il bromuro di potassio ha la proprietà di produrre *midriasi*; ed anzi, secondo alcuni, sarebbe questo il segnale da cui si può arguire che l'azione del bromo è veramente efficace.

Nelle malattie mentali che dipendono da lesioni organiche, dirette nell'*isterismo*, si presentano spesso disturbi delle funzioni motorie: *paralisi*, *peresi*, *contratture*, *spasmi tonici* o *clonici*. Di questi sintomi è superfluo intrattenersi qui, perchè non hanno in psichiatria un valore diverso da quello che è loro riconosciuto nella comune neuropatologia.

CAPITOLO IX.

Classificazione delle malattie mentali

Nella patologia comune, a differenza della patologia mentale, le malattie sono distinte così chiaramente, che non vi è gran bisogno di classificarle. Per esempio: le infezioni da schizomiceti, le reazioni prodotte da parassiti animali, gli avvelenamenti d'origine esterna e quelli provocati da tossine associate formano una serie naturale di malattie che in certo modo si classificano da sé; e il loro ordinamento è così poco discusso, che rimane addirittura sottinteso. È altrettanto ovvia ed irreprensibile la divisione per sede anatomica tra le malattie di cuore, quelle degli organi respiratori e quelle dell'apparecchio digerente, del fegato, dei reni, del sistema nervoso, della cute. Si può adottare un punto di vista affatto diverso, ma non meno giustificato dei precedenti, e classificare le malattie per meccanismo d'origine: anomalie dello sviluppo, leopionni, infiammazioni. E così di seguito.

Questa molteplicità di criteri, che s'inrociano senza contraddirsi, non oltrepa le linee di confine tra le diverse malattie. L'individualità d'ogni singola malattia è anzi avvalorata dalla pluralità dei posti ch'essa può assumere senza smentirsi in mezzo a tutte le altre, secondo il criterio momentaneo che si vuol seguire nell'esposizione della materia clinica. Nemmeno le varietà cliniche, talvolta numerose e assai differenziate, in cui si scompungono certe malattie con lesioni e decorso caratteristico, valgono a comprometterne la compagine. Così il concetto della polmonite resta indissolubile se anche si frangono, a seconda della sua origine, in varie forme. Le polmoniti da diplococco, da inspirazione, da iniezione del vago, da bacillo di Pfeiffer sono sempre polmoniti.

Nella patologia mentale il quesito della classificazione è più complicato perché le malattie sono meno distinte. La speculazione s'è sommersa all'empirismo. Salvo la paralisi progressiva, la pellagra, l'alcodismo, la demenza senile, le coreoiplegie infantili e pochi altri quadri chiaramente associati perché anatomicamente ben certi, non si conoscono che sin-

dreni. Ma come il vestuario d'un teatro serve a coprire i personaggi più differenti, così la stessa sindrome calza qualche volta alle malattie più diverse. Depressione mentale, esaltamento, confusione, incoscienza, delirio sistematizzato, ossessione lucida, immoralità, incoerenza della condotta sono sindromi che non dicono nulla se non si confrontano con una lesione, con la nozione d'una patogenesi, con l'esperienza d'un decorso determinate. Queste manifestazioni psicotiatriche non sono malattie, come non sono malattie la febbre, la delirium, la convulsione, l'acetosuria. Il concetto di malattia richiede un parallelismo costante e rigoroso o per lo meno approssimativo tra i sintomi e i processi organici. Per la mancanza d'un tale parallelismo o perché, se esiste, non è certo, i fenomeni della pazzia non si lasciano abitare in totalità secondo una visuale unica. Ognuno li vede un po' a suo modo, e le classificazioni sono o malite o incomplete.

Spesso in una serie d'alienati sembra di scorgere una grandissima varietà di malattie mentali solo perché i fenomeni psichici sono normalmente assai numerosi, le loro alterazioni morbide sono infinite e le manifestazioni individuali della pazzia variano in conseguenza. I deliri della paralisi progressiva si complicano di mano in mano che risaliamo nelle classi sociali, quelli della paranoia, radunandosi con l'istruzione, presiedono a prestito la terminologia e qualche concetto della scienza moderna; la meccanica d'un pensatore nutrito di studi filosofici è ben differente da quella d'un contadino. Invece gli agenti provocatori delle malattie in genere, comprese le cerebrali, sono semplici e piuttosto uniformi. È vero che le cellule corticali, a differenza di quelle del fegato o delle fibre del cuore, non si equivalgono funzionalmente; ma di fronte alle malattie fanno presa la stessa vulnerabilità, qualunque sia il tessuto psichico che racchiudono. Né la superiorità individuale dell'ingegno, né la superiorità gerarchica d'una cellula sulle altre sembrano aumentare la resistenza all'azione d'un veleno. Il processo mortuo è dunque come un colpo di vento che, passando sopra una scacchiera, abbatte indifferente l'albero o la pedina. Ciò che importa è la posizione e la mole del pezzo in un caso; la posizione e lo stato nutritivo della cellula nell'altro. Per il quadro sintomatico hanno gran valore il numero e la qualità delle cellule risparmiate; per il processo mortuo non ha valore che la quantità degli elementi offesi.

A grandi linee si deve tenere in conto anche la categoria anatomica e funzionale della cellula, perché certe affinità specifiche non si possono negare: vi sono malattie che colpiscono di preferenza le cellule motore o le sensitive o le psichiche. Ma il contenuto psichico e particolare della cellula ammalata non è un fatto accessibile all'anatomia patologica. Perciò

le malattie della mente, per quanto la loro patogenesi e la loro anatomia patologica possano essere grossolane e poco variabili, appariranno sempre, anche se distruggono profondamente l'intelligenza, assai più personali o varie che non siano le malattie comuni. La loro patogenesi è povera, mentre la loro sintomatologia è ricca, anche troppo ricca.

Così nella classificazione delle malattie mentali lottano due opposte tendenze. I sinomatologi, ossia gli alienisti pratici, sono spinti a moltiplicare le distinzioni e le forme cliniche; mentre gli anatomici, che rappresentano un indirizzo più scientifico ed obiettivo, sono condotti a semplificare sintetizzando; e se vogliamo, riscono feroci ad una patologia meno esatta, ma più giusta.

Qualche volta avviene che tutti concordino nel vedere la stessa sindrome e nel formulare la stessa diagnosi; ma è diverso il decorso e forse è diversa la malattia mentale. Un adolescente, un adulto, un vecchio presentano tutti i segni caratteristici della *melancolia*, e noi li classifichiamo senz'altro tra i *melancolici*. Tuttavia è assai probabile che il primo cada per sempre in demenza, che il secondo guarirà, che l'ultimo rimarrà psicotico fino alla morte, senza mai scendere all'inscienza demenziale. Si può asserire che in patogenesi sia nei tre casi la stessa o che si tratti veramente di un'unica malattia? Se anche lo ammettessimo per deficienza di dati necropsici o in omaggio alla somiglianza dei sintomi, è verosimile che i processi subiacenti di queste tre condizioni siano in realtà differenti.

Altre volte non è l'età, ma un elemento speciale e più intimo che modifica la sorte d'inferno apparentemente colpito dalla stessa psicosi. Vi sono disordini parziali e costituzionali della mente che durano tutta la vita e che spuntano a poco a poco senza l'intervento d'una causa verificabile, come i deliri paranoici; lo stesso sintomo può comparire transitoriamente per intossicazione ed incetta in casi leggeri d'amnesia, o si produce cronicamente, ma preceduto da altri disordini gravi ed improvvisi che costituiscono una vera infermità, com'è il caso dell'elefanzia. Qui il fattore più importante della malattia è personale: per un alto grado di predisposizione al delirio si avrà un paranoico che delira spontaneamente; per una predisposizione più debole e nascosta si avrà un amneico con un delirio tossico d'occasione, ma di natura paranoica; per una predisposizione complessa, ma poco visibile nell'infanzia, si avrà un demente psicosi con delirio paranoico più o meno duraturo.

Oppure accade nelle malattie mentali, e più ancora nelle nervose, che il quadro dei sintomi dipenda non tanto dalla natura dell'agente mortale, né dalla costituzione psichica dell'individuo, quanto invece dal punto o del sistema in cui esso si localizza. Un focolaio apoplettico, un tumore,

un trauma, un'irritazione passeggera e circoscritta d'origine umorica possono provocare la stessa sindrome se offendono gli stessi elementi e sistemi.

Appunto per questa indeterminatezza di criteri direttivi la psichiatria s'impegna a tracciare i confini e i legami dei suoi quadri clinici con uno zelo che è superfluo nelle altre parti della medicina. La classificazione delle malattie, che nel resto della nosologia è un pleonismo, è in psichiatria uno sforzo ostinato e non sempre felice, ma necessario, o per lo meno utile a dimostrare la legittimità di certe psicosi e il valore pratico della psichiatria. Questo momentaneo contrasto fra l'utilità quasi responsabile d'una classificazione e la difficoltà quasi insormontabile di condurla a termine spiega la tenacia degli alienisti in tentativi sempre rinnovati e sempre imperfetti.

Per evitare errori e imprevisti, bisogna contentarsi d'una classificazione poco rigida, piuttosto eclettica ed essenzialmente provvisoria o magari d'un semplice elenco. Quando le malattie mentali saranno più conosciute, la loro coordinazione in serie nascerà spontaneamente; ora si può prevedere che sarà meno complicità delle artificiali classificazioni finora adottate o proposte dagli alienisti sotto l'ispirazione di concetti teorici. L'incertezza dei confini tra le varie psicosi ha abbandonato gli alienisti alle seduzioni della fantasia e dello schematismo; ma il progresso accrescimento delle nostre cognizioni, chiudendo gli orizzonti dell'immaginazione, per quanto seria e ragionevole, costringerà la classificazione delle malattie mentali a quella modestia da cui la psichiatria contemporanea si è spesso scostata.

Il fine immediato d'una classificazione nosologica è doppio. Da un lato bisogna distinguere le malattie una per una, ciò che implica la verifica della loro esistenza, del loro numero e del loro nome (la nomenclatura non è in psichiatria un questo del tutto indifferente). Dall'altro lato, per non consegnare all'insegnamento una pura lista di nomi, bisogna riannodare in gruppi le malattie che abbiano qualche elemento comune o sottoporre i gruppi generali in sottogruppi particolari. Ogni volta, dice DE SANCTIS, che si fa un tentativo di coordinazione dei fenomeni clinici passa nel nostro studio un lampo di filosofia. Tuttavia questo lavoro di coordinazione applicato alle malattie mentali poggia sopra criteri in gran parte ipotetici, che potrebbero essere erronei. Costruire classificazioni complesse, minuziose, inflessibili sopra un terreno così precario è arricchire un capitolo di ingiuria e di propaganda per un'impresa destinata quasi indubbiamente a non dare che un profitto illusorio e non durevole. Basta un soffio di realtà a distruggere le classificazioni più elucubrate. L'enumerazione semplice e senza pretese delle varie psicosi nasconde già un

timida intenzione di classificare, e corre il pericolo di sfasciarsi al primo sopraggiungere di nuove nozioni e di nuovi metodi clinici.

Defetto principale di tutte le classificazioni finora in uso fu appunto quello dell'intemperanza. La classificazione di Esquirol, che dominò nella prima metà del secolo XIX, benché fosse estremamente incompleta come enumerazione, era abbastanza ardita nei suoi raggruppamenti. Mancava in essa la paralisi progressiva; mancava la paranoia persecutoria; mancavano le forme di malattia mentale caratterizzate da idee inosservabili o le psicosi periodiche; ma pure si pretendeva di dividere tutte le psicosi in *parciali* o *monomane*, di cui l'esemplare più spiccato era la monomania autistica, e in *generali*, di cui il tipo più evidente era la mania. In accordo con questo preconcetto, la monomania si divideva nelle tre forme: intellettuale, affettiva ed impulsiva.

La monomania intellettuale era la paranoia ambiziosa, spesso confusa con la megalomania della paralisi progressiva. La monomania affettiva era la melancolia o *dépression*. E la monomania impulsiva comprendeva una quantità infinita di casi in cui un atto qualunque, o che rappresentasse lo sfogo di un'ossessione lucida e continuata, o che fosse l'espressione d'un delirio, o che scaturisse all'improvviso e naturalmente dal disordine della coscienza, solo perché destava raccapriccio o durezza o meraviglia, veniva interpretato alla stessa maniera, cioè come un segno psichopatologico della monomania impulsiva. Questa diagnosi servì poi d'etichetta generale a tutte le stravaganze della pazzia che venivano classificate per piromania, necrofilia, mania omicida, coprofilia, mania eretologica, sceleritismo. Il nome eteroclito di sceleritismo indicava, p. es., la tendenza dei pellagrosi al omicidio specifico mediante l'ammalgamato: e tanta è la suggestione delle parole, che molti medici colti, ma poco esperti di psichiatria, credono ancora a questa singolarità di determinismo da parte del veleno amalgamico.

Ciò che meglio risultava nella classificazione di Esquirol era la distinzione, del resto assai facile, tra l'imbecillità (congenita) e la demenza (acquisita).

Segui lo schema ancora più semplice di Guersac (1855-1865); ma per quanto semplice, conteneva anch'esso il suo errore. Le forme di delirio sistematizzato che oggi si ritengono primitive e vanno sotto le insegne della paranoia e della demenza precoce erano interpretate come un caso terminale della melancolia e della mania. Ed anzi parve a Guersac che tutte le malattie mentali si potessero dividere in due gruppi: le emotive o primarie, come l'ipocondria (la nevrosenia?), la melancolia, la mania e la monomania agitata (paralisi progressiva?), e le intellettuali o secondarie, come la demenza, la pazzia sistematizzata o la

demonze parziali. In questa antitesi vi è una certa esagerazione, ma non manca l'intuito d'una verità fin allora ignorata.

È arbitraria la separazione assoluta delle malattie affettive dalle intellettuali nel senso che tutte le psicosi affettive sono primarie ed acute, mentre le malattie intellettuali sarebbero secondarie e croniche; ma è conforme al vero che il disordine degli affetti caratterizza gli esseri delle malattie mentali, e che il disordine dell'intelligenza è piuttosto il prodotto graduale e tardivo d'un carattere intellettualmente anormale o l'epilogo di passioni morbose che arrivano costantemente al parossismo, deformando i giudizi.

Come saggio d'una classificazione personale riprodurrò quella di Guislais (1820-1820). Dopo aver delineato sommariamente le poche alterazioni fondamentali delle singole funzioni psichiche che siano in grado d'immaginare come possibili, Guislais credeva poi di concentrare nella comparsa semplice o nella combinazione binarie, ternarie e quaternarie di queste alterazioni più o meno teoriche i quadri morbosi della realtà. La frenalgia era la melanconia (che Schmitt chiamò *dolophymia*); la frenolepsia, l'estasi, ossia la sospensione degli atti intellettuali accompagnata da rigidità generale; l'iperfrenia, ritenuta per la più frequente delle psicosi, equivalva all'esaltazione ossia alla mania; la parafrenia comprendeva le impulsività e le altre morbie della volontà; l'idiofrenia consisteva nell'irregolarità delle idee; e l'atrenia era la demenza. Questo schema corrisponde male ai fatti speciali di cui dovrebbe essere la sintesi felice, e finisce col ritrarre, senza possibilità d'uscita, nel campo della psicopatologia generale. Tranne la melanconia e la demenza, i quadri clinici di Guislais sono astratti e non rappresentano i processi completi, coerenti, caratteristici e necessari delle malattie mentali come si manifestano nella realtà e come, data la causa e l'individuo, si dovrebbero prevedere ai primi stadi.

Più ricca di criteri pratici, e fra tutte più ricca d'influenza sui progressi della psichiatria, fu la classificazione di B. A. Morel, che ha per base l'etiologia. Questo eminente alienista inaugurava nel 1857, appunto con la sua classificazione, un'idea nuova, quella della *degenerazione ereditaria*. E non fu la sola: si deve a Morel anche d'aver riunito insieme le pazzie *lassche*, tra cui peraltro non figurano (e non era ancora possibile che figurassero) le autointossicazioni. Così le malattie mentali si disponevano in sei gruppi:

1.° pazzie ereditarie (acroparesi, eccentrici, deliranti latenti e cronici, imbecilli, idioti);

2.° pazzie tossiche (alcolismi, oppioidi, ecc.);

3.° pazzie provenienti da altre malattie (terorici, epilettici, ipso-
driaci);

- 4.° pazzie idiopatiche (paralitici progressivi ed altri cerebropatici);
- 5.° pazzie simpanche (da infettio extracerebrali);
- 6.° stati terminali (dementi).

Tra le malattie del primo gruppo vi era da notare la loro tendenza a trasmettersi per eredità — forme sempre più gravi e con data sempre più precoce di generazione in generazione. Dalle semplici neuropatie all'eccentricità, dall'eccentricità al delirio sistematizzato, da questo alla pazzia grave della condotta, all'imboscilità e all'idiotia con infondibilità era tutto un programma fatale di decadenza morale e somatica, che conduceva all'estinzione della stirpe e costituiva le fasi d'una vera malattia familiare: la degenerazione psichica.

Il concetto della degenerazione servì di perno alla classificazione di KRAFFT-EBING, che dal 1880 al 1890 fu in gran favore presso le scuole tedesche ed italiane di psichiatria e che è tra le più complete ed appropriate. I confini tra le varie psicosi si sono felicemente determinati; la psicosi delle idee fisse gira a base nevrotica, ora a base degenerativa si stacca con vigore dalla psimosa, secondo quanto ci fu insegnato da WIERICHAT; ed hanno il loro posto le psicosi rare, come la pazzia ragionante, o d'interpretazione difficile, come la pazzia morale. Ma non tutti gli errori tradizionali della psichiatria sono rettificati: persiste tra le psicosi anche una forma di demenza o stupilità che dovrebbe essere guaribile e che KRAFFT-EBING finì per aggregare più tardi alla demenza precoce, come una varietà catatonica poco facile alla guarigione. I deliri paranoici sono sempre mescolati coi paranoici; e toccherà a KRAFFT-EBING di operare anche questa seconda correzione, dimostrando le diversità d'origine, di natura e di significato clinico che inducono a separare questi due sintomi, malgrado le loro somiglianze apparenti.

Per KRAFFT-EBING la melanconia e la mania sono malattie accidentali che colpiscono soggetti validi e non predisposti, e in tale qualità rappresentano l'antitesi delle psicosi degenerative ed ereditarie: la pazzia periodica e circolare, come la paranoia e la pazzia morale, sono tutt'altra cosa dalla melanconia e dalla mania ed un solo accesso o con pochi recidive irregolari. Ora la tendenza odierna, dopo accurate osservazioni di KRAFFT-EBING e le numerose conferme ch'esse ebbero da ogni parte, è piuttosto di riferire anche la melanconia e la mania ad una diatesi costituzionale, che non esclude l'eredità. Così viene a mancare la base principale alla contrapposizione tra le così dette *psicosi ereditarie* o malattie acquisite e guaribili da una parte e le *psicosi ereditarie* o malattie costituzionali ed ereditarie dall'altra; contrapposizione che forma la parte originale della classificazione stata da KRAFFT-EBING sull'esempio di MOREL. Infatti la classificazione di KRAFFT-EBING è questa:

I. *Demenze*: melancolia, mania, stupidità o demenza acuta graduale, delirio allucinatorio (Foliesie), psoria sistematizzata secondaria (secondaire Foliesie), demenza terminale (Foliesie).

II. *Degenerazioni*: psoria ragionante, psoria morale, psoria delle idee fisse (che può anche aver per fondo la semplice nevrosi), paranoia, psoria periodica o circolare, letargismo, epilessia, ipocandia.

III. *Conseguenti con prevalenza di sintomi psichici*: demenza paralitica, sifilide cerebrale, alcoolismo cronico, demenza senile, delirio acuto.

IV. *Forme della schizofrenia*: insensibilità, alienità, eretismo.

Del resto la critica rivolta a KRAFFT-EINER per aver riconosciuto il carattere costituzionale e forse ereditario della melancolia e della mania è giusta fino ad un certo punto. In fondo, la predisposizione organica alla melancolia, alla mania o ad entrambe queste psicosi non implica alcun vizio o difetto innascente del carattere o dell'intelligenza, e perciò non ha nulla di comune coi perversamenti e con le lacune congenite dei degenerati. Quando KRAFFT-EINER dice che il melancolico e il maniaco, ammalandosi, non rassomigliano affatto a sé stessi, mentre i degenerati non fanno che accentuare gradualmente in senso anormale la loro personalità anteriore, egli enuncia una verità incontrastabile ed una distinzione che si avrebbe torto di voler bandire dalla psichiatria.

La classificazione di KRAFFT-EINER, lievemente modificata nell'ultima edizione del suo trattato, fu per dieci anni la guida agli studi degli alienisti italiani, almeno nel campo della tassonomia, e la conferma anteyole alle teorie della degenerazione, sebbene oggi queste teorie sono diventate anche troppo popolari per opera di Max NESTOR e d'altri evoluzionisti disoccupati, che cercano con mezzi troppo facili di scoprire le cause e le leggi psicologiche del delitto, della psoria, delle anomalie morali e intellettuali. Per le ricerche statistiche, che richiedono unità di criteri e di nomenclatura, vige invece la classificazione di A. VINCIG. Secondo questa classificazione, antica se non antiquata, le malattie mentali o frenopatie si dividono in congenite ed acquisite. Sono congenite l'imbecillità, l'idiotia e il cretinismo (*crétinisme*). Tra le frenosi acquisite si distinguono le semplici e le complicate. *Frenosi semplici* (con manifestazioni puramente psichiche): psoria morale, psoria ciclica, mania con o senza furore, monomania intellettuale (la moderna paranoia), monomania impulsiva (oggi scomparsa dalla nosologia), melancolia semplice o con stupore, demenza primitiva e consecutiva. *Frenosi complicate* (che cioè presentano anche sintomi sensitivi, sensoriali o motori): frenosi sensorie (acute, con allucinazioni), frenosi ipocandriche, frenosi isteriche, frenosi puerperali, frenosi epilettiche, frenosi sifilitiche, frenosi alcoliche, frenosi pellagrose, frenosi paralitiche, frenosi senili.

Attualmente la classificazione di A. VINCIG continua ad essere usata nei registri dei manicomii italiani da cui il governo trae le notizie demen-

grafiche. Come ho già, invece, al processo scientifico della psichiatria le classificazioni più seguite sono quelle di EMILIO MONTELLI e di EMILIO KRAEPELIN.

Secondo MONTELLI (1885-1898) le malattie mentali si possono disporre (già che per altro per opportunità didattica) in gruppi, sottogruppi, sezioni e sottosezioni.

- 1.^o Gruppo. — Prenatale o arresti di sviluppo.
 1. Idiotismo.
 2. Cretinismo.
 3. Imbecillità e sue gradazioni.
- 2.^o Gruppo. — Eranismo (anomalie dell'evoluzione cerebrale).
 - 1.^a Sottogruppo. — Degenerazioni psichiche.
 1. Pazzia ereditaria.
 2. Pazzia o temperamento mistoide.
 3. Pazzia ragionevole.
 4. Inversione dell'istinto sessuale.
 5. Paranoia originaria degenerativa.
 - 2.^a Sottogruppo. — Psicopatie costituzionali.
 - Sezione I. — Su costituzione neuropatica semplice.
 1. Paranoia rudimentaria (sue fasi).
 2. Pazzia periodica.
 - Sezione II. — Su costituzione neuropatica grave.
 1. Pazzia epilettica.
 2. " isterica.
 3. " ipocondriaca.
 4. " ossessiva.
 5. " nevrotica.
 - 3.^a Sottogruppo. — Psicopatie critiche.
 1. Eclissi.
 2. Pazzia dimaneatica.
 3. Demenza acuta.
- 3.^o Gruppo. — Psicopatie (affezioni del cervello completamente sviluppate).
 - 1.^a Sottogruppo. — Psicosenzioni.
 - Sezione I. — Forme tipiche primitive.
 - Sottosezione 1.^a — Con alterazione fondamentale del sentimento.
 1. Mania semplice.
 2. Melancolia semplice.
 3. Mania grave.
 4. Melancolia grave.
 - Sottosezione 2.^a — Senza alterazione fondamentale del sentimento.
 1. Frenesi sensoria acuta.
 2. Stupidità o demenza acuta.
 3. Catatonia.
 - Sezione II. — Forme tipiche secondarie.
 - Sottosezione 1.^a — Con delirio allegorico.
 1. Pazzia sistematizzata secondaria o paranoia secondaria.
 - Sottosezione 2.^a — Senza delirio allegorico.
 2. Demenza ossessiva.
 - 2.^a Sottogruppo. — Cerebro-psicopatie o encefalopatie con psicosi.
 - Sezione I. — Cerebro-psicopatie croniche.
 - Sottosezione 1.^a — Forme tipiche da lesioni primitive dei centri corticali.
 1. Paralisi generale progressiva.
 - Sottosezione 2.^a — Forme atipiche da lesione secondaria dei centri corticali.
 2. Demenza emiplegica.
 3. " talamica.

- 2. Demenza da sclerosi a placche;
 - 3. " da meningite cronica;
 - 4. " da tumore cerebrale;
 - 5. " senile grave.
- Sezione II. — *Cerebro-patologie acute*.
- 1. Delirio acuto.
- Sezione III. — *Cerebro-patologie specifiche*.
- 1. Presbi sifilitica.
- 2.° Sottogruppo. — *Encefalopatie tossiche*.
- Sezione I. — *Per abuso di alimenti nervosi*.
- 1. Patia alcoolica.
- 2. Nicotina cronica.
- 3. Oppiofagismo.
- Sezione II. — *Per alimenti alterati*.
- 1. Patia pollagosa.
- 2. Ergotismo.
- 3. Latrismo.
- Sezione III. — *Per abuso od azione eccessiva di dati rimedi*.
- 1. Patia mercurica.
- 2. " strobilina.
- 3. " stetica.
- 4. " iodiformica.
- 5. " clorifica.
- 6. " arsenica.
- Sezione IV. — *Per influenza di dati industrie*.
- 1. Patia saturnina.
- 2. " rubarbica.

La classificazione di E. KRAEPELIN (1897) è più semplice ed ha quasi preso il posto d'onore fin qui tenuto da quella di KRAEPEL-EHRG. La sua originalità consiste nell'immensa estensione accordata alla demenza precoce (schizofrenia, catatonia e demenza paranoide); nella scomparsa della demenza senile; e nella riduzione della mania e della melancolia a semplici fasi d'una psicosi manico-depressiva più o meno periodica. La melancolia come forma a sé non è riconosciuta che nei vecchi.

A. Disturbi mentali acquisiti.

I. STATI d'ESALTAMENTO:

- a) Delirio da colera.
- b) Confusione acuta ed acutella.
- c) Demenza acuta.
- d) Encefalopatia nervosa (tossico) (contaminazioni acquisite, iposensibilità).

II. AVVELENAMENTI:

- 1. Avvelenamenti acuti.
- a) Delirio febbrile.
- b. " infettivo (per microorganismi).
- 2. Avvelenamenti cronici.
- a) Alcoolismo.
- b. Mercurismo.
- c) Ossalidismo.

III. MALATTIE DEL CERVELLO:

- a) Patia microcefalica.
- b) Cretinismo.
- c) Presbi sifilitica, demenza precoce, catatonia, demenza paranoide.
- d) Demenza paralitica.

IV. PAZIE PER MALATTIE ORGANICHE DEL CERVELLO:

Melancolia diffusa: gliosi della corteccia cerebrale, sclerosi cerebrale diffusa, lesi ereditaria tardiva, arteriosclerosi del cervello, encefalite, sclerosi multiple.

Malattie circoscritte: tumori, ascessi, emorragie, embolie, traumi, lesioni del capo.

V. PAZIE INVOLUTIVE DEI FOCCHI:

a) Melancolia.

b) Demenza senile.

B. Disturbi mentali per predisposizione morbosa.

I. COSTITUZIONALI:

a) Pazzia periodica, forma italiana, forme cronica, forme depressive.

b) Pazzia (Creswell).

II. SINTOMI SINDROMALI:

a) Pazzia epilettica.

b) " " latente.

c) Sottosi da sporcizia.

III. STATI PSICOPATICI (pazzia degenerativa):

a) Depressione costituzionale o nevrosi depressiva.

b) Pazzia ossessiva (Zerscher).

c) Pazzia impulsiva.

d) Inversione sessuale.

IV. ANGOSTI DELLO SVILUPPO:

a) Imbecillità.

b) Idiotia.

Questo schema di KRAEPELIN ha il merito di imporsi a criteri di divisione generale che tolgono la psichiatria dal suo isolamento. Le malattie mentali vi sono aggruppate in modo non troppo diverso da quello che tutti adottano per le malattie dei visceri, cioè specialmente secondo le cause e le lesioni.

Ma d'altra parte non si può dimenticare che ogni malattia si presenta agli occhi come una successione di sintomi. Ora, alle differenze delle cause e delle lesioni si added, e spesso è impossibile, stando alle suddivisioni minuziose di KRAEPELIN, di mettere in riscontro differenze reali, costanti e caratteristiche dei quadri morbose. Per es.: che divario vi è tra amnesia e demenza senile? Lo stesso KRAEPELIN si accorge della loro identità, e nella sesta edizione del suo trattato sopprime la demenza acuta. Ma non semplifica la serie dei casi sotto cui si ripetono e non variano i deliri sempre costici dell'ossessivismo, delle infezioni, degli avvelenamenti, delle intossicazioni; e questa sovrapposizione di quadri clinici, che sembrano riprodotti con lo stampo, si osserva anche riguardo ad altre psicosi troppo tormentate dall'analisi nell'intento di trovare una apposta veste sintomatica ad ogni lesione e ad ogni agente morboso.

La classificazione rifatta da KRAEPELIN nel 1899 non è ancora libera da questo difetto, benché abbia il grande merito d'aver ristabilito il quadro della demenza precoce.

- I. PAZIE DA INFERNO:
 - Delirio febbrile.
 - infettivi: iniziali, valprolo, tifo, colera.
 - Stati (infettivi) d'ossimanto.
- II. PAZIE DA ESANTIMENTO:
 - Delirio da collera.
 - Confusione acuta (acuta).
 - Esantimento cronico del sistema nervoso) idiosincrasia acquisita, iposensibilità.
- III. AVVELENAMENTI:
 - Avvelenamenti acuti.
 - cronici: alcoolismo, narcotismo, cocainismo.
- IV. PAZIE SIMBOLICHE:
 - Mixofrenia.
 - Cronismo.
- V. DEMENZA PRECOCE: forma obfessiva, forma catatonica, forma paranoica.
- VI. DEMENZA PARALITICA.
- VII. PAZIE PER ENCEFALOPATIE: a) diffuse, gliosi corticali, scleride corduna tardiva, arteriosclerosi cerebrale, gliosi perivascolari, encefaliti sub-corticali, sclerosi multiple; b) circoscritte, tumori, ascessi, emorragie, aneurismi, trombosi, traumi del capo.
- VIII. PAZIE CRONICHE DA INTOSSICAZIONE: alcolismo, delirio pseudo di persecuzione o di persecuzione spicciata) (dissimulazione), demenza senile.
- IX. PAZIE RANCO-INTERMITTENTE: stati manici; stati depressivi; stati misti; paranoie strutturali.
- X. PARANOIA.
- XI. NEVROSI CRONICHE: psicosi epilettica, paranoia isterica, nevrosi da spavento.
- XII. STATI PSICOPATICI (DEGENERAZIONI): malinconia costituzionale, paranoia ossessiva (Zinneggerismo), inversione dell'istinto sessuale.
- XIII. ALTERAZIONI NELLO SVILUPPO PSICHICO: imbecillità (agettica, ereditaria, mentale, idiota).

Anche in questo secondo schema la sindrome senescente è dissimulata in parecchie malattie che, di fronte alla psichiatria, dovrebbero correre. Nel delirio infettivo e nel delirio febbrile si ha una confusione più o meno profonda, più o meno continua, più o meno violenta dell'intelligenza, ecco tutto ciò che siamo in grado di riconoscere, con la stessa probabilità, nelle due serie di casi. Il delirio febbrile, il delirio infettivo, ed anche il delirio da collera non sono dunque altro che anemia acuta.

Invece la nevrosi senescente con discorso cronico, che è sempre lucida, ha ben poco di comune con queste forme confusionali ed acute, tra cui non si capisce come si trovi mescolata. Piuttosto a me pare che menti di star vicina ai deliri senescenti quella forma di delirio sistematizzato che dipende da esaurimento e guarisce, allorché possa svolgere uno stato di paranoia latente o di predisposizione premota.

Quanto al gruppo delle malattie mentali da alterata ricambio chimico, esso è giustificato per il mixolema e il cronismo, ma non altrettanto per la demenza precoce, la cui origine è oscura e forse ereditaria, la cui sindrome è mobile, i cui esiti sono vari.

E chi ci dice che non siano malattie del ricambio anche le psicosi ac-

lettivo e specialmente la pazzia circolare? Se poi pensiamo in considerazione la gliosi della corteccia cerebrale e gli altri processi psichici che dipendono da lesioni organiche e diffuse del cervello, dov'è la differenza dei quadri clinici che possa render facile, sicura e conclusiva l'identificazione di tante perfette malattie prima della necropsia? Quello di KRAEPELIN non è dunque uno schema di psicosi già note ed accertate, ma un programma di studi e di ricerche da cui io credo che dovrebbe uscire una classificazione delle malattie mentali meno analitica.

Seguendo: perché mai l'arteriosclerosi del cervello è separata dalla demenza senile? E perché la melanconia involutiva dei vecchi, che è così rara e sfidata in confronto alla melanconia «ordinaria» degli adulti, sopravvive sola come una malattia autonoma, mentre le forme classiche di melanconia, tanto più frequenti e scultorie, figurano senza nome a mezzo alla pazzia maniaco-depressiva? Anche la vicinanza della pazzia maniaco-depressiva con la paranoia appare sfornata. Per quanto tutte e due possano essere malattie costituzionali, il paranoico presenta certe singolarità permanenti del carattere e dell'intelligenza di cui non v'è la minima traccia nel melanconico o nel maniaco, né durante la crisi né durante i lunghissimi intervalli. E mentre il paranoico passa quasi insensibilmente dalla lucidità al delirio, che è una concentrazione laboriosa ed intensa del suo pensiero abituale, il melanconico ed il maniaco sono da riguardare come individui psichicamente normali, che di tanto in tanto (ed anche una sola volta in tutta la vita) vanno soggetti a crisi affettive e si presentano sotto un aspetto nuovo. Avvicinare ai paranoici i melanconici ed i maniaci, indigendo anche ed esso il marchio della degenerazione, è più che un arbitrio, un errore.

Nella classificazione di KRAEPELIN è eccessiva anche la distinzione tra *nevrastenia congenita* e *pazzia ossessiva o Zeugsverwirrung*. È più semplice ammettere una *nevrastenia* sola con o senza complicazioni. Il grado più leggero di *nevrastenia* costituzionale non oltrepassa il campo della sensibilità e dell'affettività; l'altro, più grave, disturba l'associazione delle idee e genera le immagini ossessive. Se poi l'immagine ossessiva si riferisce ad un atto da compiere, ed è così impellente che la volontà del malato non riesce a frenarlo, ecco che la *nevrastenia* raggiunge un terzo grado, più che una *forma forata*, e diventa, malgrado la lucidità del *nevrastenico*, *pazzia ossessiva*.

Oltre ai problemi che si riferiscono alla suddivisione delle malattie mentali, ve n'è uno che riguarda in genere il concetto di malattia mentale. Dipende dalla delimitazione di questo concetto l'estensione più o meno vasta che si assegnerà alla psichiatria.

Sono o non sono malattie mentali i perturbamenti affettivi senza delirio? L'amnesia cronica è generale del vecchio senza alterazione dell'intelligenza? Le amnesie circoscritte, le afasie, le astereognosie, la cecità psichica? Le anomalie del carattere, le varietà estreme dell'indole psichica? La delinquenza d'individui intelligenti e non privi d'affettività? L'inversione dell'istinto sessuale? La paranoia senza sistema fisso? La malattia del dubbio o le numerose follie che, per quanto croniche, non inceppano l'attività intellettuale, non arrestano il suo sviluppo progressivo, non deformano il carattere, non influiscono sulla condotta e non ingigantiscono l'autocritica dell'infermo che ne è anzi un giudice severo e desolato? Se la psichiatria non dovesse occuparsi che dei pazzi in un senso stretto e se per pazzia si dovesse intendere, come sostiene Morel, una malattia od un'anomalia della personalità umana nell'intera, è certo che gli stati psicopatologici ora enumerati sfuggirebbero alla competenza dell'alienista, i perturbamenti affettivi, le amnesie, le afasie, le astereognosie con idee ossessive cadrebbero soltanto sotto l'osservazione del medico comune. La paranoia senza delirio, l'inversione sessuale, la criminalità, le anomalie del carattere verrebbero comprese nelle gradazioni psicologiche dell'antropologo, come deviazioni estreme del tipo umano. Dal canto mio non credo che convenga rimpiazzare così il dominio della psichiatria. Ogni malattia che presenti come manifestazione caratteristica l'offuscamento dell'intelligenza o la metamorfosi del carattere (intossicazioni, traumi, stati d'esaurimento); ogni perdita circoscritta, ma improvvisa e sistematica di ricordi e di abilità speciali (*amais*, *amais* da fattori destruttivi, *jamais* d'origine psichica); ogni oscillazione non motivata dell'animo (psicosi affettive, isterismo, prodromi nevrotici di molte gravi malattie, nevrosismi costituzionali); ogni reazione inadeguata, insolita e irragionevole della volontà, anche se isolata (come nelle fasi iniziali della demenza precoce e senile, nell'isterismo, nella degenerazione alcolica ed epilettrica), appartengono di pieno diritto alla psichiatria, ancorchè non conducano alla disintegrazione della personalità psichica.

Nondimeno la disintegrazione della personalità psichica è un elemento di sommo interesse per la psichiatria; e si deve dar fede a Morel d'aver messo in rilievo questo elemento, considerando la personalità come la sintesi sintattica d'un organismo sentiente e reagente. Soltanto è da raggiungere che questa sintesi, sempre mai disunita, non sempre presente o di ruolo operante nell'uomo valido e normale, non si lascia facilmente cogliere nemmeno nel malato di mente. Le variazioni quotidiane della personalità nei normali e nei pazzi non vanno scambiati con la trasformazione totale e patologica. Restano le metamorfosi straordinarie e in-

dicali della personalità come pure le sue incarnazioni sentimentiche. Ora, più che a criterio generico della pazzia, queste variazioni complesse possono essere utilizzate a criterio discriminativo tra la pazzia grave o da manicomio e le malattie od anomalie più lievi che non legittimano la privazione della libertà. Nelle pazzie da manicomio, quando cioè la personalità del pazzo è sostanzialmente cambiata, si deve ammettere l'irresponsabilità civile e penale. Nelle malattie mentali che lasciano alla personalità la sua fisionomia antecedente, e nelle anomalie più lievi, che la rendono solo parzialmente dissimile dal tipo medio dell'uomo ordinario, permane la responsabilità civile e penale (salvo possibili attenuanti), perché permane la capacità di vivere liberamente e magari attivo nel consorzio sociale.

La psichiatria corrente non tien conto che delle pazzie grossolane con disintegrazione o insufficienza o manifesta anomalia della personalità che trascinano gli infermi al manicomio e implicano la perdita, momentanea o duratura, dei diritti civili. Ma la psichiatria scientifica deve occuparsi delle irregolarità minori, che, appunto perché non bastano ad alterare sensibilmente il tipo della personalità, non ricevono, e in realtà non meritano, il nome di pazzie. Così non si può dire che siano vere pazzie, ossia che alterino la personalità, quelle malattie dei sentimenti od anomalie del carattere di cui i soggetti, per quanto malati od anormali, valutano giustamente l'importanza e che non ottundono né falsano il loro giudizio sopra sé stessi; ma esse non cessano per questo d'essere malattie od anomalie mentali, pazzie lievi, se si vuole, o pazzie incomplete, parziali. Del resto, anche nei più gravi disordini dell'intelligenza e dei sentimenti, è ben difficile che di tratto in tratto la personalità antecedente e normale non riprenda il sopravvento; e non si deve dimenticare che entro certi limiti, come osserva lo stesso MONZILLA, la personalità è in preda a un continuo divenire anche nell'uomo fisiologico, e che non vi sono due istanti identici nella successione biografica di queste incessanti variazioni. Solo le metamorfosi e le anomalie gravissime della personalità, che presentano evidentemente l'impronta patologica, perché rendono l'individuo inetto ad apprezzare i propri interessi prossimi e remoti, possono servire di norma all'alienista; ma in questo caso esse provano l'esistenza di certe malattie mentali, non sono la condizione necessaria d'un disordine psichico qualunque sia.

Ciò premesso, quali sono, nel momento presente, i requisiti d'una buona classificazione? Le malattie mentali devono anzitutto esservi rappresentate nella loro totalità, ma senza distinzioni troppo unilaterali o di genere teorico. Inoltre occorre che un filo direttivo stabilisca il loro ordine, avvicinando le forme simili e scostando le dissimili. A questo sc. criterio più alla portata è quello delle cause.

La causa d'una malattia mentale si può riconoscere nella massima parte dei casi: essa dà l'intonazione al decorso ed è, per ora, la base delle nostre previsioni cliniche, delle nostre cure, della nostra diagnosi differenziale. Vi sono psicosi le cui cause non risiedono affatto nella struttura mentale dell'individuo. La mente del malato, come funzione ordinaria, appare non diversa da quella di tutti gli altri, ma vi è un agente esterno che viene a sconvolgerla in modo acuto. Non si diventa alcolizzati senz'alcool, né pellagrosi senza le muffe del mais. È vero che di fronte ai vigini la costituzione individuale conta pur sempre per qualche cosa; qualcuno ha per l'alcool un'attrazione fatale; e vi sono individui che, per insofferenza o per forza o incoscienza, introducono nel proprio organismo quantità ingenti di un determinato veleno senza soffrire alcun danno intellettuale, mentre altri non resistono a dosi minime. Ma in ogni modo la costituzione individuale non è sufficiente a produrre la psicosi, che è del tutto specifica, e se pure influisce come concausa, non ha alcun rapporto colle attitudini costituzionali dell'intelligenza o del carattere. Queste psicosi, per causa esterna, sono da considerarsi come semplici accidentalità. E infatti il loro decorso, se cessa l'azione della causa morbifera, è acuto e breve; si prolunga indefinitamente solo quando l'agente morboso incide su cervello non ancora sviluppato, provocando reazioni organiche difficili a riparsi, per es. un processo diffuso di glione; o può essere mortale quando l'intossicazione è assai violenta e determina letture elevate o collasso, come nelle forme gravi d'insufficienza che sono associate col nome di delirio acuto.

Vi sono altre psicosi, la cui insorgenza è ancora dovuta a cause esterne, ma che richiedono necessariamente il concorso attivo dell'organismo malato. Sotto lo stimolo di un'infezione, di un'intossicazione o d'una lesione cronica, l'organismo sviluppa lesioni secondarie od autolesioni capaci di compromettere le funzioni psichiche. E qui si ritrovano altre forme d'insenza; come pure l'ulcera mixoedematosa, il cretinismo, la paralisi progressiva, la pazzia cronica. Anche queste psicosi sono di natura più esogena che endogena, e non hanno bisogno, per nascere, d'un terreno degenerativo. Al più basta un terreno cachettico; ma la degenerazione psichica non c'è o non è dimostrabile o si presenta bensì, ma solo in casi eccezionali, per cui non sembra affatto necessaria. In ogni modo essa è sempre insufficiente senza il concorso di cause esterne. Queste psicosi miritano di stare accanto a quelle per veleni esterni o per tossine primarie; ma preparano il passaggio ad una categoria di malattie mentali la cui genesi è più intima, cioè a quelle per cause endogene. Prima di arrivare al gruppo in parola, incontriamo le cerebropatie infantili e quelle degli adulti, la cui causa immediata è un complesso imper-

tante e noto di lesioni cerebrali; ma dietro a questa causa, che potrebbe passare per interna, ve n'è quasi sempre un'altra, che è esterna e fortuita. Per le coreopatie dei bambini si tratta spesso d'infezioni, di traumi, di distrofia. Per la demenza senile la causa prima consiste quasi sempre in un'arteriosclerosi più o meno anticipata del cervello che spesso è familiare, ma che altrettanto spesso è dovuta a stitiche, ad alcoolismo, ossia ad ultima analisi a cause esterne ed accidentali. La stessa eredità dell'arteriosclerosi, ed anche l'eredità specifica dell'arteriosclerosi cerebrale, se è interna riguardo all'organismo ed al cervello, è esterna riguardo allo sviluppo psichico, perchè non lo compromette e non lo tocca finchè rimane allo stato di predisposizione. L'intelligenza dei candidati alla demenza senile è normale; essa resta ferita dall'arteriosclerosi come lo sarebbe da un trauma o da una malattia casuale. Lo stesso si può ripetere per le demenze da oncologia cerebrale, dove la fragilità dei vasi, per quanto costituzionale, lascia integra l'intelligenza e il carattere finchè non si traduce in atto con l'apoplessia.

In antitesi con le malattie accidentali ed esogene che colpiscono cervelli validi o destinati ad una probabile validità, e prescindendo per un momento dalle forme intermedie che analizzerebbe più innanzi, vi sono altre psicosi che si manifestano in individui psichicamente anormali od incompleti la cui ascendenza ha già pagato il suo tributo, di solito in grado più modesto, alla psichiatria. Si tratta, più che di vere malattie, di anomalie endogene dello sviluppo mentale che vengono con ragione riferite alla decadenza della stirpe.

La paranoia, l'isterismo, l'imbecillità costituzionale, l'inversione sessuale, la neurastenia cronica con idee ossessive, la crescita anormale dell'intelligenza, la demenza precoce fanno parte di questo gruppo che dunque riunisce i predestinati. Gente che impazzisce senza un determinismo visibile, in modo ambiguo, spesso a cavalcioni tra la malattia e la normalità, e che talvolta è soggetta alle malattie mentali dell'altro tipo, ma con decoro effimero ed affrettato. Salvo una parte dei dementi precoci, tutti questi degenerati non arrivano mai alla perdita completa dell'intelligenza.

Tra le degenerazioni psichiche o le psicopatie accidentali stanno le psicosi affettive, che sotto un certo aspetto si presentano come malattie costituzionali, perchè assai facili a recidive talvolta regolari; in parte invece si manifestano come malattie acute, perchè colpiscono l'intelligenza normalmente sviluppata e, guarendo, non fanno tutto all'intelligenza il vigore e i licamenti che aveva. Se la natura costituzionale dei disordini affettivi, che possono persino alternarsi ad accessi strettamente ravvicinati di melancolia e di mania (psicosi circolari per tutta la vita, ci in-

duce a sospettare una causa endogena, noi dobbiamo riconoscere che questa causa è ben diversa da quell'anomalia visibile dello sviluppo psichico donde nascono le psicosi degenerative. I melancolici, i maniaci, i circolari ammalano di solito dopo i trent'anni; nella loro biografia non si trova alcun indizio di decadenza o stravaganza o ristrettezza mentale; gli accessi sono spesso assai rari, talvolta unici, e i lunghissimi periodi di equilibrio affettivo che succedono all'accesso formano un netto distacco dal breve periodo di malattia in atto. Anche durante l'imperversare della bulera affettiva ci sono individui che non accusano mai a delirare; gli stessi circolari possono soffrire in perpetua, malgrado il ripetersi indefinito dei loro accessi, ad ogni errore palmare di logica, ad ogni turbamento formale di giudizio, ad ogni delirio, ad ogni assalto di colluttà.

È vero che una minuziosa di melancolici, di maniaci, di circolari cade in veri deliri paranoidi, smarrisce la coscienza, compie reati, si mutila, si uccide, reagisce in modo violento; ma se queste manifestazioni nosologiche indicano un'inferiorità e, diciamo pure, una costituzione degenerativa, bisogna convenire ch'essa sarebbe rimasta latente forse per tutta la vita senza l'intervento della psicosi acuta. D'altra parte tutti coloro, e sono i più, che sotto l'azione acuta della melancolia o della mania sfuggono agli errori di giudizio, alle allucinazioni, al delirio, danno prova d'una volontà intellettuale e si direbbe d'una costituzione anti-degenerativa, che li rende sotto un certo aspetto più normali dei normali. Qui dunque il criterio etiologico, invece di affermarsi genericamente ed uniformemente nella nosologia, si dimostra caso per caso e sotto due aspetti diversi nei malati. La melancolia o la mania, come astrazioni cliniche, sono psicosi in parte costituzionali, in parte acquisite; ma i melancolici e i maniaci, come individui, sono, a seconda dei casi, o infermi predestinati o infermi d'occasione.

E qualche volta i due ordini di cause, le endogene e le esogene, operano di conserto sullo stesso individuo, senza che si possa determinarne la misura. Ecco perché le psicosi affettive formano il gruppo intermedio ed un po' ambiguo delle malattie per cause miste.

Seguendo questi criteri e tenendo presenti non le reazioni teoricamente possibili dell'organismo alle possibili cause di psicosi, né le entità nosologiche, ma i fenomeni clinici che si scorgono nella loro realtà coi loro confini naturali, noi possiamo enumerare le malattie mentali con un ordine metodico che ci indica, purché ne conosciamo la chiave, la loro causa probabile e quindi la loro natura.

AVVELENAMENTI.	1. Pellagra. 2. Alcolismo. 3. Morfinaismo, cocainaismo.
TOSSICOMANIE ED AUTOINTOSSICAZIONE.	4. Amonia $\left\{ \begin{array}{l} allucinazione.apatico.Dove (psiccia sistemazione acuta).gravidanza (delirio acuto). \end{array} \right.$ 5. Pilepsi (mania). 6. Pseudo-tiroide $\left\{ \begin{array}{l} tiroideismo acquisto.metabolismo (endogeno + sporadico).basofilaismo. \end{array} \right.$ 7. Paralisi progressiva. 8. Demopatie infantili (psiccia acquista).
ENCEFALOPATIE.	9. $\left\{ \begin{array}{l} \text{degli adulti} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} lesioni cerebrali.traumi al capo.sifilide cerebrale.demenza spoglietta.senile. \end{array} \right.$
IMBIBIS AFFETTIVE.	10. Melancolia. 11. Mania. 12. Pilepsi maniaco.
NEURO-PSICCHI UNSTABILIZZAZIONE.	13. Neurastenia costituzionale (psiccia senescente). 14. Inferiorismo. 15. Epilessia.
DEGENZA FISIOLOGICA.	16. Forma obliquo. 17. " " catatonico. 18. " " paranoico.
ANOMALIE DEGENERATIVE DELLA MENTE.	19. Percezione dell'istinto sessuale. 20. Lateralità costituzionale. 21. Paranoia. 22. Gradita intellettuale (psicologia costituzionale).

In questo schema le cause morbose, decisamente settarie o accidentali per le malattie da intossicazione, diventano mano a mano più costituzionali e più intime; ma si nota che solo le ultime (anomalie più che malattie) si possono dire assolutamente degenerative.

Nella pellagra, a cui non si sottra nessun mangiavere di fatto avvelenato o simulato, la costituzione individuale non ha la minima importanza. Ha qualche volta un'importanza secondaria nell'alcolismo, quando preesiste lo squilibrio nervoso che spinge alla ricerca di forti eccitamenti. L'amenia, che comprende la massima parte dei casi scotti e a rigore anche quelli di pellagra e di alcolismo, è ancora una psicosi da causa esterna, e la costituzione individuale vi esercita un'influenza poco costante; anzi talvolta addirittura nulla. Vengono poi le psicosi tiroidee, la paralisi progressiva, le cerebropatie infantili, la demenza apoplettica, la demenza senile. Qui si ha un substrato organico che cambia la costituzione generale del malato e forma, indipendentemente da ogni causa esterna, un terreno propizio allo sviluppo di disordini cronici della mente.

Ma è un substrato che si prepara dopo la nascita e richiede quasi sempre, per formarsi, l'aumento di fattori esterni. Quando un tale substrato è maturo, non abbiamo ancora che una semplice predisposizione alla malattia mentale. Vi sono basofrenici; micosdematosi; potturi endemici; miosolidali; cerebroplegici dall'infanzia; arteriosclerotici o sclerotici con tumori vascolari, che non sono né pazzi né deficienti.

Un posto a parte meritano la melanolia, la mania o la psicosi circolare. La frequenza con cui questi disturbi affettivi si rinnovano in uno stesso individuo indica l'esistenza di una diatesi melanolica e d'una diatesi manica; la possibilità d'una psicosi circolare con alternative ripetute ci dice che le due diatesi, benché opposte, possono associarsi. Ma d'altra parte, se pensiamo che vi sono melanolici con uno o due accessi di melanolia in tutta la vita; che lo stesso avviene riguardo alla mania; che i melanolici ed i maniaci sono psichicamente normali durante gli intervalli talvolta lunghissimi; e che la melanolia può derivare in modo evidente ed inoppugnabile da cause esterne, come per es. da un forte dispiacere, bisogna concludere che in questo caso la legge etiologica è fatta dai malati stessi, non dalla malattia. E poi malati essa suona ora in un modo, ora nell'altro. Se anche prevale una diatesi melanolica o manica o è bilanciata, si tratta d'una predisposizione attiva, ma non di natura psicologica. Nel periodo d'intervallo il melanolico non è più serio d'un normale; né il maniaco è più violento; né il circolare è più oscillante.

La genesi della melanolia non è dunque un'orientazione unilaterale o trafe dell'affettività; la mania non nasce da una personalità volatile ed ilare, ma l'una e l'altra dipendono da condizioni probabilmente generali dell'intero organismo, forse da speciali prodotti del ricambio organico, la cui sorgente non è nemmeno nel cervello, ma che, venendosi nel circolo, esercitano un'influenza più o meno continua sulle funzioni cerebrali. In questo caso il cervello non sarebbe che l'organo segnalatore di un'autointossicazione generale, le cui cause sono da cercarsi nella costituzione organica, non nella struttura psichica.

Oppure può darsi che il risultato sia normale, ma che si debba da parte del cervello una speciale reattività e delicatezza alle tossine accendute. Anche in questo secondo caso la causa della psicosi affettiva è intorno per rispetto all'organismo, ma è esterna per rispetto alla sensibilità del malato. Del resto alla causa costituzionale, fosse pure di natura degenerativa e psichica, si aggiunge spesso un fattore fortuito, cioè un avvenimento esterno che porta la melanolia tra le malattie non del tutto fatali.

Le tetraparesi, merraceale costituzionale, isterismo, epilessia, meli-

rano un'eccezionalità specifica o individuale dei centri nervosi, anzi di certi speciali centri. Quest'eccezionalità rappresenta una vera varietà della costituzione nervosa che per lo più influisce direttamente e permanentemente anche sulla costituzione mentale. L'epilettico è un passionale, l'isterico è un emotivo; il nevrotico è un sensitivo, un volubilissimo, un casista, e non farà meraviglia se fra i nevrotici si reclini la maggior parte degli studiosi e dei sedentari. Nelle neuropsicosi spunta già, se non la degenerazione psichica, la degenerazione nervosa. Noi abbiamo che fare con cervelli intelligenti, ma esagerati nelle reazioni morali o troppo precati a modificare inutilmente il gioco dei processi automatici o troppo sensibili alla scemenza.

La degenerazione mentale, e non poi soltanto nervosa, si afferma con una certa chiarezza nella demenza precoce. Questa malattia, eminentemente psichica, è spesso familiare, scoppia di preferenza nell'età giovanile; ha un decorso iniziale e progressivo, salvo i casi piuttosto rari in cui guarisce od atrofisce con reintegrazione imperfetta. È un vero fallimento dell'evoluzione mentale; le funzioni psichiche, che rappresentano nella filogenesi e nella ontogenesi un'organizzazione d'unità generale a favore della specie e dell'individuo, traboccano il loro mandato e si arrotondano a costrutto con gli interessi che erano chiamati a proteggere e promuovere. Il demenza precoce, giunto allo stadio primitivo ed anche prima, si mette al disotto degli animali meno intelligenti; ma solo tanto di compiere ciò che dovrebbe, ma compie ciò che non dovrebbe. La coscienza non gli suggerisce che reazioni utili o saggiate. In questo senso la demenza precoce è una vera degenerazione. Ma essa è in pari tempo anche una vera malattia; insorge bruscamente; progredisce o s'interrompe, può guarire o migliorare, si accompagna spesso con furaci dimagramenti e con periodi d'ingrassamenti; è connessa frequentemente con parossismi e con estinzione della sessualità; dà luogo ad episodi di vero disordine mentale come nella mania e nell'amnesia; e in molti casi termina con uno sfacelo completo dell'intelligenza che sembra ed è l'epilogo d'una grave malattia, non la metà di un'evoluzione atterrante. La causa della demenza precoce, almeno con ogni probabilità, è dunque più morbosa che evolutiva, più generale che cerebrale. La degenerazione psichica è più del risultato finale che del periodo premorboso e nei prodromi, evidentemente acuti, della malattia.

L'alterazione dello sviluppo intellettivo si vede più chiaramente nella perversione dell'istinto sessuale, che per lo più è congenita, nell'innocuità costituzionale, che rende l'uomo simile ai leuti, nella paranoia, che lo assomiglia ai primitivi, nella gracilità intellettuale ereditaria, che lo arresta al livello dei bambini. Queste sono le vere degenerazioni psichiche; non naufraga

o infettivi accidentali e riparabili, ma false rotte, parafrenie, anomalie di sviluppo. Di fronte alle malattie mentali, nel senso stretto della parola, queste anomalie costituzionali presentano la particolarità di favorire. Non solo; ma in simile confusione d'anomalia e di malattia mentale, che del resto non è poi frequentissimo, si nota un'altra particolarità: gli episodi di psicosi acuta che si osservano nei degeneranti si distinguono per l'improvvisa e l'eccezionale brevità del decorso.

Che anche quest'ultimo gruppo d'anomalie sia costituito in modo naturale lo prova la circostanza che talvolta si associano fra loro, che nessuna di esse presenta un decorso progressivo, che fra i degeneranti delle varie specie vi è qualche elemento comune: il carattere fantastico, la spensieratezza della condotta, l'egoismo.

Così le malattie e le anomalie mentali si classificano, secondo la causa che le ha prodotte, senza sforzi dialettici e con una discreta corrispondenza tra l'etiologia e il decorso. Ma non bisogna dimenticare che le cause esterne e le interne non formano tra di loro un'analisi incompatibile. Vi è un po' di causa interna in ogni avvenimento, per quanto accidentale; e vi è un po' di causa occasionale in ogni anomalia, per quanto ereditaria. Dietro il corpo delle cause esterne c'è l'ombra d'una causa interna, e viceversa: le distinzioni sono scolastiche e la realtà è unitaria.

CAPITOLO X.
La pellagra

La pellagra è una malattia endemica, a decorsi remittenti e per lo più non letale, che a lungo andare uccide o che deriva da una causa specifica, cioè dall'alimentazione per mezzo di mais ammuffito: polenta o pan zuppo. Il quadro clinico della pellagra è quello di una encefalopatia infossicata, e quando è completo, si presenta con sintomi non solo intestinali, gastrici e cutanei, ma anche motori e psichici.

ETIOLOGIA.

Il mais o frumentone o grano turo è il cibo prevalente, talvolta esclusivo, delle popolazioni rurali in molte regioni di clima caldo o temperato, come il Messico, l'Argentina, l'Uruguay, l'Egitto, la Turchia, la Grecia, la Romania, la Bulgaria, la Serbia, la Croazia, la Dalmazia, l'India settentrionale e centrale, la Spagna (Aragona e Galizia) ed alcuni dipartimenti meridionali della Francia. Dove per ragione di latitudine o d'altitudine vi sono stagioni e territori poco soleggiati, il grano turo non matura pienamente; o matura, ma poi ammuffisce, perchè è tenuto in locali umidi, in soffitte aperte, in corti senza alcun riparo dalla pioggia. I poveri della campagna, non potendo concedersi il lusso di una farina migliore, né d'altri cibi più confortanti, si nutrono con la polenta infetta, di cui ignorano o sfidano i pericoli.

Essi non sentono il disgusto di quel cibo insipido e naugari addirittura amaro; o se ne accorgono e superano la ripugnanza, perchè tra un veleno a buon mercato e un cibo sano, un altro, non sono liberi di scegliere. Se poi il sole è generoso e il mais rimane asciutto, basta che il raccolto sia scarso, perchè si apra l'adito al mais avariato. L'inerzia dell'altitudine e l'interesse dei rivenditori, rifuggendo da cambiamenti radicali ed arrischiati della cultura agricola, attirano il mais d'importazione

dei paesi che ne abbondano e che possono venderne a prezzo di concorrenza. Ed anche in questo caso la merce cattiva, che costa meno e che non manca mai, si fa più strada della buona. Gli esportatori di grano duro o spediscono addirittura ciò che hanno di peggio o, per compensare il soprappiù del trasporto, affidano la loro merce a stive umide o mal ventilate, dove la pioggia o il cattivo tempo guasteranno almeno una parte del carico.

Il mais avariato non restava invenduto; *laissez faire, laissez passer*, dicevano gli economisti classici. I sequestri alla frontiera doganale, oltre a compromettere il liberismo, non conferiscono al quieto vivere del governo troppo rispetto all'igiene nazionale. La Repubblica di Venezia, che possedeva un Consiglio di Sanità, fu lo Stato che per primo osò intervenire a difesa del pellagroso. Nel 1770 l'alimentazione per mezzo di mais guasto era stata interdetta agli uomini ed agli animali domestici. Il mais avariato non doveva essere ammesso nel buco, si praticavano speziei nei mulini; l'importazione era vigilata; i medici che curavano pellagrosi erano obbligati a domandare ai loro malati dove avevano comprato il grano duro; l'acquisto clandestino di mais guasto era soggetto a processo d'inquisizione; e si profetizzava di divulgare queste norme nei giorni di festa.

Lo Stato italiano intervenne con energia, benché fuggacemente, nel 1885 per tutelare gli umili consumatori di polenta, ma il grande commercio si sgroppò lo Stato ed ottenne la revoca di decreti incoadi. Si fa credere che il mais ammuffito non serva all'alimentazione, ma all'industria. Eppure basterebbe una legislazione, se non savia, onesta, per impedire l'uso alimentare del mais avariato o immaturo, che si dovrebbe distruggere o disperdere.

Da un altro lato, per iniziativa di BACCILLI, furono adottati provvedimenti legislativi che non nascono di previdenza e di cui potremo presto verificare l'efficacia. I mezzi profilattici, sanciti dalla legge BACCILLI, sono ispirati ad un concetto scientificamente preciso, cioè alla convinzione che la pellagra sia un avvelenamento e che la sorgente del veleno sia il mais ammuffito. Il mais asciutto non è punto tossico; e nel Messico, dove non esiste e non arriva mais ammuffito, non si conosce pellagra. Sarebbe stato desiderabile che la legge vietasse la coltivazione del mais in quelle regioni di montagna dov'è certamente impossibile la maturazione. Ma il Senato italiano respinse questa provvida misura per non limitare la libertà e l'iniziativa individuale che, si dice, è sempre utile all'interesse collettivo della società. « Eppure » soggiunge BABALOSI « noi siamo abituati a tante menzogne di libertà o omaggio alla finanza dello Stato, alla conservazione del patrimonio artistico, alla protezione degli animali,

dei vigneti, delle selve, degli argini, che potrebbero sopportare una di più in nome della pubblica salute per la riduzione di 100.000 pellagrosi.

CARATTERI MORFOLOGICI E VENEFICI DEL MAIS AMMUFFITO.

I caratteri del mais avanzato o immaturo non sono difficili a verificarsi. Il chicco immaturo è bianchiccio o bianco sporcato e raggrinzito; avvolto in una strato trasparente e sottile, lascia scorgere il germe e la perispermia col suo colore bruno. Il germe è racchiuso in una cavità semiavvolta, e dentro alla quale si osservano anche detriti polverulenti. La cortecchia è macchiata; e nell'interno delle cavità sono visibili ad occhio nudo gli asceri della farina. Quando poi il chicco di grano turo è maturo, ma guasto, la sua superficie è screpolata e grinzosa, macchiata di nero o di verde, priva di lucentezza; il germe è spesso rattappato; la radichetta è annerita; tutt'intorno vi sono cavità nei quali contengono residuo di polvere, di spore, d'ifomiceti. Ha odore di muffa e sapore ammuffito. I punti neri della superficie, visti col microscopio, corrispondono a colonie di grossi bacilli che continuano nell'interno della sostanza radicolare e terminano nei coroni (BAINES, SEON, ELENA MANICATHE). Questi bacilli sono corti, un po' retolodeggianti, e vi ne sono di varie specie, con e senza spore. Nessuno di essi è patogeno e possono trovarsi nelle feci di pellagrosi come anche di non pellagrosi. Alcuni appartengono al gruppo dei *bacterium coli*, vi sono anche protozoi e microrganismi indifferenziati, come se ne trovano nell'acqua salata (MONTI e TURELLI).

La marcescenza del mais è dovuta non solo a batteri, ma anche a diversi funghi: *asclero asido*, *avido curdo*, *aspergillus niger* (verderante), *penicillium glaucum*, *ascese roccosa*, *clavari ostia*, *erobate mesenterica*, *sporotrichum asido*, *aspergillus niger*, *farinacea* e *farinosa*. Il più frequente è il *penicillium glaucum*. Ora parecchi di questi parassiti del mais, né poi né meno dei batteri, si ritrovano anche nelle feci, sulla pelle, nelle mucose d'individui che, oltre a non essere pellagrosi, non hanno nemmeno mangiato grano turo. Dunque i parassiti del mais, almeno per la massima parte, non sono né una particolarità di questo cereale, né la causa immediata della pellagra. Essi sono l'agente alla cui presenza l'uomo resta indifferente e il mais ammuffito. Ma l'organismo umano, che non soffre al contatto dei batteri e delle muffe mistiche, si ammala per l'ingestione del mais ammuffito. Il mais è dunque o la sorgente diretta d'un veleno o il tramite d'una sostanza che diventa velenosa nel-

l'organismo umano, e questo veleno o questa sostanza che diventerà veleno solo il prodotto specifico di un'azione chimica che i batteri e le muffe esercitano sui chicchi del mais facendolo ammuffire. Tolto il cereale intermedio o lasciati di fronte i parassiti da una parte e l'uomo dall'altra, non esiste più pellagra.

In realtà, pare che i prodotti di decomposizione del mais guasto siano velenosi anche prima di arrivare nell'intestino umano. Nessuno, oppone che essi acquisterebbero tale proprietà al loro passaggio in un intestino sano, dando luogo ad una sostanza simile all'alfalide e capace di uccidere le rane con paralisi e letargo. Ma questa teoria si fonda su dati insufficienti ed è contraddetta da studi posteriori. Secondo LOMMOSO la pellagra si deve a sostanze estrattive che si ricavano direttamente dal mais guasto, estraendole per mezzo dell'alcol. Il principale di questi veleni sarebbe la pellagrazina. Proseguendo le ricerche di LOMMOSO, BANA avrebbe trovato nell'estratto alcolico dei gerani infetti, oltre alla pellagrazina, una sostanza molata, amarissima, con le reazioni di un alcolide e che rammenterebbe alla stricnina, ma senza la proprietà di cristallizzare o di dare chinidina.

Le ricerche di PELLIZZI e TIRELLI dimostrano che nel mais mal essicato, anche se il suo aspetto è salvezza vicino al normale, si trovano batteri che, coltivati, danno luogo a sostanze molto tossiche.

Se le culture si fanno in polenta, si ha uno sviluppo di muffe analoghe. Ma bisogna ricordarsi che i veleni della pellagra si formano nel grano, non nella polenta; e inoltre rimane dubbio se si tratti di sostanze che agiscono clinicamente, come la pellagrazina di LOMMOSO, o di fermenti.

Tale questione fu sollevata da GUSIO e da PEIRATI. Essi isolarono i gerani di mais guasto che potevano raccogliere in località pellagrose; praticarono culture pure di *perovskiana* giovane, che era tra i vari funghi il più rappresentato, sia in liquidi di BAILLI sia in polenta di mais sano, ed estrassero dalle culture una sostanza della serie aromatica, probabilmente un fenolo.

La natura di mais picciolare usata un tempo in molte ore; mentre la natura di mais sano non è soggetta nemmeno ad un disseccamento, ed è del pari intesa la farina sola a dose di due grammi.

PAATOGENESI.

La natura tossica della pellagra è ormai fuori di discussione; ma circa al modo di azione del mais le opinioni non sono ancora pienamente concordi. Si contende il primato cinque teorie differenti:

1.° Il mais, anche sano, è velenoso (ROUSSEL). La sua costituzione chimica è tale che contiene certi veleni naturali e produce una tossicosi cerebrale simile al latirismo: zefasso, e i segni di questa teoria si eliminano con sé. I paesi dove è in uso il mais, e tuttavia non vi è pellagra, come il Messico, la Dalmazia, l'Irlanda, dimostrano la falsità di questa teoria.

2.° Il mais non è sempre velenoso; ma in alcune qualità di mais che tendono a maturare, come il *gourmand* e il *sucrosissimo*, si trovano regolarmente veleni che sono la causa della pellagra. Teoria in assoluto contrastata coi fatti: la pellagra inferisce anche dove non si coltivano e non vengono importati il *gourmand* e il *cinquante*.

3.° Il mais, per sé stesso, non è velenoso; ma, sano o guasto che sia, acquista proprietà velenose nell'intestino umano quando si trova sotto l'influenza chimica di secrezioni (morbose?) o di fermentazioni (speciali?) che riescono a mettere a contatto di altri cibi. Teoria puramente lausana: chi ha verificato queste secrezioni? come si rivelano questi fermenti?

4.° La formazione del veleno maldico avviene nell'organismo dell'uomo, ma solo a spese del mais guasto. Il mais guasto non è dunque velenoso o tanto meno il mais buono, ma è il veicolo di sostanze che diventano velenose nell'organismo umano (quando? dove? in che modo?).

5.° Il mais guasto è velenoso, il mais buono è innocuo, e la pellagra è un avvelenamento puro e semplice (BALABANI, LOUISOIS). Insomma, la pellagra è una malattia dell'uomo o d'altri vertebrati che deriva a sua volta da una malattia del grano turchesco. Delle due malattie, quella degli animali è un'intossicazione e quella del mais è un'infezione. I germi del mais non sono infettivi per gli animali.

Quest'ultima teoria raccoglie oggi i suffragi di quasi tutti i pellagrologi. Essa è fondata sull'osservazione e sull'esperimento. Gli animali da esperimento, cani, gatti, conigli, ratti, polli, rane, furono alimentati con mais sano e con mais guasto o con cibi riccati dal mais; si usò l'alimentazione esclusivamente maldica o l'alimentazione mista; si adottò anche il trattamento con le sostanze escretive, e non si mancò di ricorrere ai sieri nella speranza di confermare la patogenesi tossica e di scoprire le antitossine. Ne risultò la verità di ciò che BALABANI, prima che fiorisse la patologia sperimentale, aveva felicemente intuito e che LOUISOIS aveva saggiamente dimostrato.

I cani, abbondantemente nutriti di mais ammassato, qualunque privato di crusca, di pane o di latte, non presentano alcun segno d'innutrizione, anzi aumentano di peso; ma soffrono d'ipertonia muscolare con esagerazione dei riflessi tendinei e persino (due volte su dieci casi) di tetano; sette su dieci sfiora diarrea; uno presenta eritema; altri dimostrano

anestesia, spasmi, trinito, depressione psichica, diffidenza (Lazzaroso). Gli estratti di pellagrosina preparati da Eina riuscirono estremamente tossici: un'iniezione di 50 cgr. nelle rane produsse convulsioni, esagerazione dei riflessi, tetano, borbago ed anestesia. Nei topi delle clavicchie bastano 12 cgr. a provocare torpore, anestesia, paralisi degli arti posteriori, e la morte in capo ad un'ora od a 12 ore. Un gatto morì in 10 ore con rigidità degli arti posteriori, meningite, febbre e letargo per 1 cgr. a mezzo di siero malfatto. Nei cani l'estratto a 2 % del peso individuale determinava vomito, contrattura degli arti posteriori, dilatazione delle pupille, esagerazione dei riflessi, difficoltà del respiro e del polso, paralisi e morte in poche ore.

Provato che l'antipsia si rivelava così rapida non dà risultati molto istruttivi. È certo peraltro che il maia giusto contiene diversi veleni. STREUMER, e più tardi BIRZA, avevano già notato l'analogia della pellagra con l'ergotismo. E HOSHIMATSU, avendo proceduto all'osservazione clinica, concluse per l'esistenza d'un reflesso cerebrale d'anore simile a quella della paratossia e della solanina. Ma vi è di più.

Secondo MARIO SERENA gli animali allentati all'antisozione malfatta, e che sono stati abituati a dosi crescenti del veleno, acquistano una certa resistenza alle dosi più alte: e il bios siero acquista proprietà antitossiche. Anche BIRZA, in unione con ELENA MANICATTO, sperimentò il siero di pellagrosi guariti (un uomo ed una donna), e verificò che i conigli a cui s'iniettava il solo estratto malfatto morivano in 9, 17, 20 giorni (in 2 tempi), apistotono, desquamazione della pelle e perdita dei peli: mentre quelli a cui s'iniettava una miscela di estratto malfatto e di siero morivano in 32, in 50 giorni e persino dopo vari mesi. Il siero ricavato da uomini che non erano mai stati pellagrosi non aveva la stessa virtù. I topi, sottoposti alle iniezioni di puro estratto, morivano alla più lunga in 12 ore (con interruzione), se alla boccina si aggiungeva siero normale, la morte avveniva in 15, in 17 ore; se il siero aggiunto era di pellagrosi guariti, duravano in vita da ore fino a 17 giorni. Il siero malfattorico agiva come il siero normale. Si può dunque concludere che nel sangue dei pellagrosi si forma un'antitossina capace di neutralizzare l'azione tossica del maia giusto.

Secondo CRON, la pellagra non sarebbe una pura intossicazione, ma un'infezione cui genera prodotta direttamente dalle spore dell'*aspergillus flavipes* o da quello dell'*aspergillus farcinensis*. Le spore di questi aspergilli, introdotte nell'intestino con l'alimentazione malfatta, riuscirebbero a penetrare in circolo e a depositarsi in vari organi, nella pleura, nel polmone, nel pericardio, nella meningi, suscitando processi d'infiammazione cerebrale. Esse avrebbero la proprietà di elaborare sostanze molto velenose e

difficili che darebbero luogo al quadro dell'intossicazione pellagrica. Ciò si abbia un quadro simile, anziché quello dell'*aspergillus* è pseudo-tubercolosa *aspergillare*, come lo si ottiene sperimentalmente per iniezioni endovenose delle spore, è cosa piuttosto strana. Ma Cusi la spiega assumendo che le spore dell'*aspergillus*, esposte all'azione del succo gastro-intestinale, perdono la capacità germinativa, conservando quella di elaborare sostanze tossiche.

L'ipotesi di Cusi non è molto d'accordo con le nozioni generali sulla vita delle spore e richiederebbe per conto proprio schiarimenti più liberi di quelli che è in grado di dare alla patogenesi della pellagra.

Per quanto non sia ben sicura l'origine specifica della sostanza velenosa che è causa della pellagra e non sia accertato ancora quale fra i parassiti del mais è incriminabile in modo prevalente o addirittura esclusivo di questa enfemia, non vi è nessun dubbio che il processo essenziale della pellagra è un'intossicazione. Ce lo dicono, come vedremo, anche la sintomatologia, così diversa da quella della semplice emazione, e l'anatomia patologica con le degenerazioni sistematiche che si abbia nel sistema nervoso. Che poi quest'azione tossica si spieghi primitivamente dal mais guasto e non costituisca una trafe prerogativa del mais nocente, lo provino, fra altri argomenti, le esperienze di TENARE ed ELLERØ che nel 1882 riuscirono a guarire diverse pellagrosi parti, alimentandosi per breve tempo con polenta abbondante d'ottima qualità e con cibi sostituiti che erano soliti a prendere a casa loro, in modo che tutti aumentarono di peso. Così la pellagra non è riuscita a penetrare in Irlanda, dove il mais è usato largamente, ma dove d'altra parte si fa la cura di ventilarlo con metodi speciali che lo preservano dallo avare. In questo paese, ch'era soggetto a varie enfemie da esaurimento finché la popolazione povera si cibava di sole patate, il mais, introdotto da non lungo tempo come sostituto, si è affermato come un cibo assai salutare ed esente da pericoli.

Basta sorvegliarne il raccolto e curarne la conservazione allo stato asciutto per essere sicuri di evitare la pellagra.

SINTESI.

La pellagra comincia senza brividi né febbre, e senza quei disturbi prodromici che caratterizzano le malattie infettive. Il comadino, che ha vissuto di stenti o di polenta salfata durante l'inverno, non s'accorgendosi d'essere ammalato, trova già la pellagra allo stato latente quando, al cominciare della primavera, deve rimettersi al lavoro dei campi. Fin all'

primo giorno si avverte di non durare alla fatica; le braccia non si levano che con grandissimo sforzo, le gambe non lo reggono, la testa gli pesa, il suo malumore è aumentato dalla sofferenza della gola, dalla difficoltà di deglutire e dalla sete ardente. Il pellagroso è stanco ed avvilito. Spesso



Fig. 57. — Pellagra: retrone e desquamazioni delle mani.

si aggiungono dolori vaganti alle estremità ed alla schiena, debolezza alle articolazioni, formicolio, ronzio agli orecchi, debolezza visiva, emeralopia, diplopia, vertigini. La vertigine dei pellagrosi è molto caratteristica, e si deve o all'innazione o alla dispepsia o alla diretta influenza dei centri nervosi STRANIERI, che risentono più vivacemente o per prima l'azione del veleno.

Alla sete si associa una fame moribonda; un senso di campo alla gola, allo stomaco, alle mani; la callosità, tremore e gonfiore della lingua e delle labbra, eritema. Ai primi contatti coi raggi del sole, la pelle, scoperta alla faccia, al collo, al polso, al dorso delle mani e dei piedi scaldi, diventa lucente, iperemica, scura, poi si scrofolia e si desquama: è l'*eritema pellagroso* che, a furia di ripetersi, lascia la pelle inelastica ed atrofica (fig. 57).

Sul principio il tumore è accompagnato da leggero gonfiore o sparisce alla pressione; si presenta ad isole o diffuso; o la pelle congesta brucia come la bocca. Questo senso di bruciore è così intollerabile, che spinge i malati incoercibili a precipitarsi nell'acqua, dove talvolta trovano la morte.

Si aggiungono dolori vaganti alle estremità ed alla schiena, debolezza alle articolazioni, formicolio, ronzio agli orecchi, debolezza visiva, emeralopia, diplopia, vertigini. La vertigine dei pellagrosi è molto caratteristica, e si deve o all'innazione o alla dispepsia o alla diretta influenza dei centri nervosi STRANIERI, che risentono più vivacemente o per prima l'azione del veleno.

Alla sete si associa una fame moribonda; un senso di campo alla gola, allo stomaco, alle

L'entema non è rigorosamente limitato alle parti scoperte della pelle, ma tuttavia occupa territori estensi e limiti netti e distinti. Talvolta è simmetrico. Spesso si riduce alla semplice congestione della rete papillare; altre volte passa all'esudazione sierosa o purulenta. L'epidermide si solleva in bolle e si sfalda a larghi frammenti, lasciando senza difesa il corion che s'infiamma. Oppure si forma un esudato che, esposto all'aria, si dissecca e si converte in croste. Queste croste ripariano il tessuto sottostante e ne permettono la reintegrazione.

Se poi la desquamazione è lenta, la crosta non si forma: si ha l'entema secco a decorso cronico con l'epidermide rossa, senza pigmentata, o alquanto di colore caffè, che presenta macchie a vasta superficie ed è liscia netta, ma senza lesioni di continuo. Anche le labbra sono gonfie e screpolate. La distrofia si estende frequentemente alla unguea che diventano fragili.

La mucosa dello stomaco è anch'essa tra le prime a risentire l'azione lenta e insidiosa del veleno che ha più facile gioco in un organo logorato, anche meccanicamente, dall'elaborazione quotidiana d'un cibo ingombrante. I malati si sentono bruciare la bocca, la gola e lo stomaco come se fossero toccati da un ferro rovente, e bevono senza tregua per estinguere l'incendio che li divora, benché non abbiano febbre.

Sopraggiunge la stomatite: le gengive si gonfiano e si congestionano, la lingua si screpola; una parageusia disgustosa (con sapore di salato, popolarmente *sul' aseto*) si manifesta nel digiuno e dopo il pasto, ma non toglie allo stomaco dilatato il bisogno insaziabile di riempirsi ancora. Il potere digestivo dello stomaco è fiacco per ipocloridria o forse anche (Accorroni) per ipotonia e insufficienza d'innervazione. Nel decorso della pellagra sono frequenti le eruttazioni, la gasteralgia, la bulimia, la sete intensa; e qualche volta vi è anorexia, nausea e vomito. È immancabile la peristalsi (Lombroso).

In questo momento della malattia, sempre senza febbre, si ha spesso *anabrezza* con dolori di ventre e meteorismo. Talvolta la stitichezza continua, ma più spesso, e fin dal principio o dopo un periodo di stipsi, si ha diarrea abbondante, ostinata, serosa, per lo più accompagnata da dolori. Qualche altra volta la diarrea è sanguinosa, simile a quella della dissenteria, e vi è durezza del crasso.

Nel pellagroso si riscontra abitualmente spesso la *nefrite parenchimatosa cronica* con degenerazione grassa, con desquamazione epiteliale dei capillari e con cilindri (Vassallo). Le urine sono scarse e poco dense.

Oltre alla debolezza muscolare, alla stipsi, alla diarrea, si hanno altri disturbi di origine decisamente spinale: *perforia generale*, *anidria spastica*, *inertia*, *barcollante*; *esagerazione dei riflessi patellari*. STRASSER

descento il *felvato pellagroso*: i malati sono spinti innanzi violentemente, cadono a terra, urtano contro gli ostacoli. Nel 1883-1884 Texeire per il primo riunì questi fenomeni speciali della pellagra, mettendoli in rapporto con lesioni primarie (pigmentazione cutanea) delle corna anteriori e posteriori. Si può arrivare fino alla *parotica agitata* (Brazzato). Negli arti superiori si osserva qualche volta il *tremore intenzionale* (Antonini). Non sono rare le contratture parziali, la corea, le convulsioni. L'osservazione di certi movimenti nel vecchi *clunisi* svela un principio d'*ataxia*:



Fig. 34. — Pellagra: stato avanzato; emaciazione, noduli atopotici (30 anni).

questo fenomeno può forse spingersi anche con processi di *maras* e di polimorfie che completano l'aspetto di quadro dell'*intossicazione pellagrica*.

Più tardi sopraggiungono i disturbi cerebrali. Il sonno è scarso e tormentoso. L'animo non depresso — spontanei deliri con fatuità e confusione mentale. Le conclusioni generali sono positive. Un rapido dimagrimento fa spiccare i segni della gioventù, e il pellagroso di lunga data sembra decrepito a qualunque età (fig. 35). Se non è assistito e nutrito dalla pubblica carità deve mettersi a letto.

Si hanno episodi di *febbre* nei casi di diarrea fortissima e quando la mucosa intestinale è in preda a processi d'ulcerazione. Anche l'eruzione cutanea, se è molto diffusa, è capace di determinare lievi rialzi di temperatura. Ma la febbre raggiunge i 39°, i 40°, i 41° e fino i 42° nel caso dello *tipo pellagroso*. Questo gravissimo incedente della pellagra che di solito si avvera nei casi molto inveterati, parecchi anni al di là dal principio della malattia, non si fa confondersi col vero *desulte* (Brazzato). All'antopica non si nota né tumore di milza, né ingrossamento delle placche di Peyer: solo si descrive una forma speciale di degenerazione grassa del reni. Il decorso del *tipo pellagroso* è sempre breve; non si è riveduti i sintomi addominali sono accompagnati da *apetito*, *anorexia*, *epitiffema*, rigidità delle gambe e *costante delirio*, che risentono dell'*agitazione speciale*. Talvolta si aggiungono *nefrite* ed *uremia* con odore ammoniacale del sudore; ma l'urina è antistanzia abbondante e, pur contenendo cilindri, è quasi priva d'allumina.

Il *tipo pellagroso* è un episodio mortale, che in una o due settimane al

più tardi raggiunge la sua soluzione, con frequenza assai maggiore che nel fidei germino.

I calerciosi, i malarici, gli alcoolisti, i cronici (in Romania), i degenerati e gl'indigenti sono soggetti alla pellagra assai più facilmente di tutti gli altri. Queste malattie, l'eredità degenerativa e la povertà formano una predisposizione che talvolta si rivela con un aiuto costituzionale. L'abito cachectico di questi pellagrosi non è abbastanza spiccato da permettere, in un paese dove la pellagra sia endemica, di anticipare la diagnosi.

La pellagra si accompagna quasi sempre con disturbi psichici, che spesso assumono il carattere di vere malattie mentali. Si calcola che i pellagrosi ricoverati nei manicomii rappresentino il 4-7, 30 colpiti da pellagra; e questa proporzione ha rilevato alla dignità di un criterio statistico (D. MARASTIANI) da utilizzarsi nel censimento dei pellagrosi. Ma il numero dei pellagrosi che pagano il loro tributo alla pazzia è senza dubbio non maggiore: una parte di essi sfugge al manicomio, perché è inoffensiva, un'altra parte è avviata agli ospedali, perché l'infermità del corpo è assai più grave dell'infermità mentale.

Fu descritta una *psicomotiva pellagrosa* che sarebbe la forma più comune di pazzia nell'intossicazione iodica. Fu pure descritta una *mania pellagrosa*. Ma la psicosi caratteristica della pellagra è l'*amenza*, che si manifesta acutamente con disorientamento, amnesia, confusione, allucinazioni e parossismi, dando nascere impulsi e deliri. L'amenza pellagrosa assume spesso una forma depressiva che simula la melancolia; e qualche volta, « episodicamente » durante l'intero decorso della pazzia, si accompagna con un esaltamento che la fa rassomigliare alla mania.

I primi attacchi d'amenza protraggono quando la pellagra è già in corso da qualche anno e ha già dato luogo ad eritemi, diarree e intermitenze ripetute. In altre parole il pellagroso pazzo è per lo più un pellagroso cronico. Ma finché la pellagra, per quanto cronica, mantiene un decorso resistentente, i disturbi mentali del pellagroso stanno ancora nei limiti d'una parzia acuta che corrisponde appunto all'amenza, cioè alla più tipica delle pazzie acute, sia per suoi sintomi, sia per suo decorso. L'episodio amenziale è brevissimo e di sicura guaribilità, perché i malati sono ben curati e nutriti. Se invece il pellagroso, uscito dal manicomio o dall'ospedale, ritorna al suo ambiente abituale, in modo da esporti a nuovi assalti di pellagra e di pazzia, il quadro dei sintomi psichici comincia a mutare di aspetto e di natura. Ai sintomi ed alle lesioni riparabili dell'amenza sostituiscono i sintomi e le lesioni irreparabili della demenza.

Così la psicosi pellagrosa è qualche cosa di diverso dalla comune melancolia e dalla volgare mania; è qualche cosa di più della semplice amenza; e si può concludere che rappresenta la somma di due quadri distinti, quello dell'*ossessione* nei suoi primi attacchi, quello della *demenza* nella fase ultima e continuativa che accompagna la cachessia cronica e irrimediabile. È un'amenza intermittente e progressiva che, se non guarisce o non riesce precocemente mortale, termina in demenza. Infatti la morte avviene spesso anche prima che l'ultimo stadio sia raggiunto; e in questo caso i malati restano in stato di delirio senza sentirsi esser passati per la demenza.

Che i pellagrosi, anche quando si mostrano depressi ed esultati, non siano dei veri melancolici, nè dei veri maniaci, se deduce da molti altri segni. Il pellagroso depresso non ha mai la lucidità del melancolico senza delirio; e i suoi errori di giudizio raggiungono difficilmente la coerenza caratteristica dei deliri melancolici. Il pellagroso esultato rivela più paura che timore, più confusione che allegria; sotto la depressione e sotto l'esultamento si scorge senza sforzo il disordine, se anche non caotico, dell'animo. Le sue percezioni interne sono alterate dalle parestesia, le percezioni esterne dallo sfocciamento; e l'associazione delle immagini è scervolta dal disordine diretto del processo ideativi indipendentemente dal turbamento affettivo.

Nella melancolia e nella mania gli errori di giudizio sono meno gravi, meno costanti e in ogni modo rappresentano l'effetto secondario di un turbamento dell'affettività. Inoltre il pellagroso è quasi sempre trasognato, smemorato, indolente. È ben difficile che renda conto del suo passato, che sappia d'esserlo al manicomio, che riconosca con prontezza e precisione i medici e gli infermieri. Questi ultimi rappresentanti del proletariato rurale non parlano che di miseria, rifiutano il cibo per timore di pagare il conto, diffidano del modesto lusso che li circonda nell'ospedale o nel manicomio ed a cui non sono abituati; spesso sono tormentati da un delirio di dissoluzione. O invece dimostrano un'estrema usiltà, un ottimismo esagerato riguardo ai cibi che vengono loro somministrati, un delirio di grandezza che desta compassione per la meschinità delle sue pretese. Un sacco di patate, un polvere, un vestito nuovo, un sigaro scelto sono il più alto ideale della loro ambizione. In generale il pellagroso è sfodolato, ha la *fofa rocca*, parla poco e a voce sommessa, e la sua fisicomia porta l'impronta della tristezza e della rassegnazione. Anche la terribile durata dell'accesso di pazzia conta depone per l'aumentata più che per la remissione o per la melancolia.

Questo stato di avvilimento con lieve disordine mentale e smemoratezza può verificarsi anche nei primi anni. Solo al terzo, al quarto anno,

quando l'inferno è già fuori dal suo noviziato, la confusione aumenta e si ha un vero delirio con nottarello, stitofilia, singhiozzo, pianto, impulsi ed agitazione. Ma di solito l'agitazione è breve, e ad essa succede presto un nuovo accesso di depressione con immobilità, taciturnità ed un aumento massimo della confusione mentale.

Qualche volta la psicosi pellagrosa assume la forma d'una *pseudo-epilessia* progressiva con euforia e con alcuni dei sintomi motori propri di questa malattia classica. Per riprodurre il quadro, la pellagra fornisce già vari sintomi caratteristici, come la rigidità papillare, l'esagerazione dei riflessi rotulei, la leishialia, (leucè di origine più mentale che disartica); l'assenza e la demenza completano la rassomiglianza. I riflessi patologici possono anche mancare; e come si parla di *pseudo-paralisi pellagrosa*, così si ammise anche l'esistenza d'una *pseudo-tabe*. Ma TUCCHIO osservò ben 300 pellagrosi con riflessi del ginocchio esagerati, soli 8 con atrofie; e in questi 8 casi non si era alcun segno di tabe. La *pseudo-tabe* è dunque una complicazione per lo meno rara.

I pellagrosi possono durare in vita per decine di anni, presentando ad ogni primavera un accesso di esacerbazione. La loro decadenza fisica e mentale è spesso di un'estrema letargia. Naturalmente gli accessi diventano d'anno in anno più gravi, e gli ultimi sono accompagnati da cachessia e da demenza. La morte, se non avviene nei primi accessi per mancanza di cure e per collasso, arriva più tardi per cachessia e malgrado ogni cura. O invece ha luogo per suicidio, per tubercolosi polmonare (specialmente nei fanciulli, per broncopneumonia, per tubercolosi intestinale, per scorbuto).

La cachessia dei pellagrosi non è associata alla demenza con un rapporto esclusivo. Anche negli ultimi stadi della malattia l'inferno può fermarsi alla frontiera d'una lieve confusione con indebolimento della memoria. Ed anche nei primi assalti d'assenza la confusione può manifestarsi in forma piuttosto mite, senza veri deliri.

ANATOMIA PATOLOGICA.

La pellagra finisce principalmente l'asse cerebro-spinale, gli intestini e la cute; ma spesso non risparmia i reni, il fegato, la milza, il cuore, i vasi, i muscoli. Dalle lesioni che si riscontrano nei cadaveri di pellagrosi, alcune sono dovute alla cachessia generale, altre sono la conseguenza diretta dell'intossicazione. Ed anche tra queste ultime bisogna distinguere le lesioni croniche dalle acute.

ASSE CEREBRO-SPINALE. — L'asse cerebro-spinale, oltre alle alterazioni menzionate, è sogli assai frequente d'asimmetrie e d'eterotopie (TÖRNER, TÖRNER, BARS), che se ne trasse argomento per interpretarle come l'equivalente anatomico d'una speciale predilezione alla pellagra. Nei casi illustrati si ha edema generale o parziale del cervello, ipertrofia e ingrossamento delle meningi, atrocefalo interno cronico, e qualche volta ramollimento della sostanza cerebrale, emorragie. Le meningi del cervello e del midollo sono spesso pigmentate (BARS). Accumuli di pigmento si riscontrano anche nelle cellule del midollo spinale e nei gangli del simpatico, il simpatico addominale, e specialmente il plexus di Auerbach del tenue, dimostra, secondo BARS, una speciale sensibilità di reazione al sistema della pellagra; e Fox si nota distensione dei vasi, degenerazione grossa di cellule gangliari, sclerosi del tessuto interstiziale.



Fig. 48. — Midollo cervicale di un pellagroso. Distensione dei corni posteriori, specialmente nei lobi di midollo, degenerazione dei lobi piramidali, specialmente a sinistra.

La sostanza cerebrale non rivela in particolare nulla di macroscopicamente visibile, salvo nei casi molto maltrattati o con demenza. Ma il midollo spinale presenta più pressoché le tracce della degenerazione sistemata in forma continua. Sono lesi i corni posteriori o i lobi piramidali intercalari (fig. 49), come dimostrano TÖRNER e BARS. Si osserva molto spesso anche infiltrazione periventricolare delle meningi spinali, meningoradite acuta e proliferazione dell'ependima, specialmente nei casi (che sono piuttosto rari) di tipo pellagroso. Mentre nella lesione dei corni posteriori cadono di preferenza sul midollo laterale, nella pellagra le lesioni prevalenti si osservano lungo il tratto cervico-lombare. Alla degenerazione si associa naturalmente la sclerosi.

La sostanza cerebrale non rivela in particolare nulla di macroscopicamente visibile, salvo nei casi molto maltrattati o con demenza. Ma il midollo spinale presenta più pressoché le tracce della degenerazione sistemata in forma continua. Sono lesi i corni posteriori o i lobi piramidali intercalari (fig. 49), come dimostrano TÖRNER e BARS. Si osserva molto spesso anche infiltrazione periventricolare delle meningi spinali, meningoradite acuta e proliferazione dell'ependima, specialmente nei casi (che sono piuttosto rari) di tipo pellagroso. Mentre nella lesione dei corni posteriori cadono di preferenza sul midollo laterale, nella pellagra le lesioni prevalenti si osservano lungo il tratto cervico-lombare. Alla degenerazione si associa naturalmente la sclerosi.

Secondo TÖRNER e secondo MARI degenerano principalmente i lobi piramidali intercalari, la zona radiatale posteriore, i corni di Goll e la virgola di Schmidt; perciò avrebbero una parte importante nell'evoluzione patologica della pellagra le fibre udigiane che, durante la vita fetale, si miniuziano per unire. Questo modo di vedere non è diverso da BARS che, nella massima parte dei casi, riscontrò lesioni di quasi tutti i corni posteriori, escluse le zone radiolari anteriori e la zona di Lissauer, e poté descrivere importanti alterazioni nelle

Secondo TÖRNER e secondo MARI degenerano principalmente i lobi piramidali intercalari, la zona radiatale posteriore, i corni di Goll e la virgola di Schmidt; perciò avrebbero una parte importante nell'evoluzione patologica della pellagra le fibre udigiane che, durante la vita fetale, si miniuziano per unire. Questo modo di vedere non è diverso da BARS che, nella massima parte dei casi, riscontrò lesioni di quasi tutti i corni posteriori, escluse le zone radiolari anteriori e la zona di Lissauer, e poté descrivere importanti alterazioni nelle

colonne di Clarke. Le colonne di Clarke ricchissime qui e là piccoli focolai di sclerosi e di necrosi che appunto per la loro piccolezza e discontinuità richiedono una ricerca diligente, finché siano visibili ad occhio nudo. Queste lesioni della sostanza grigia non si limitano alle colonne di Clarke, ma intossicano anche le corna anteriori. Esse sono la sorgente locale di aiuto tra le lesioni della sostanza bianca, e possono diffondersi ad essa per contiguità e con gli stessi caratteri. In questo caso la sostanza bianca presenta anch'essa le impronte d'un processo infiammatorio: atrofie con la pia madre, scomparsa delle fibre nervose, ingrossamento ed occlusione dei vasi. Ma il maggior numero di questi focolai è sempre nelle colonne di Clarke. Anzi le colonne di Clarke non sono soltanto la sede preferita di questi processi infiammatori e localizzati, ma anche di lesioni che si estendono in tutta la loro lunghezza o in buona parte di essa. Si vedono allora le cellule ricche, spesso prive di nucleo, con cromatismo periferico o abbastanza centrale di pigmento e zolle grossolane. Da queste lesioni estese non sono esenti le corna anteriori (Basta); ed anzi ne sono colpite altrettanto spesso, sebbene in minor grado.

Nella corteccia cerebrale sono soprattutto interessanti le lesioni che colpiscono i casi a decenso lento. Dai casi acuti balza netto il quadro ecologico delle alterazioni acute e riparabili: rigonfiamento delle cellule nervose, sia per riguardo al loro corpo, sia per riguardo al nucleo, colorabilità esagerata del nucleo stesso, disgregazione della sostanza cromatica. Nelle cellule madri della corteccia, quando durante la vita si sono manifestati fenomeni spastici attribuibili a lesione, sia pure incipiente, del fascio piramidale, si verificano i segni della reazione caratteristica per ferita del cilindrasse (MARINISCO, CAMIA). Il nucleo è spostato fortemente verso la periferia della cellula, la cellula è arrotondata, i processi periphasici si rendono atrofici, la parte centrale della cellula è scolorita, e sulla faccia del nucleo che guarda l'interno della cellula si vede spesso un piccolo accumulo di sostanza cromatica. Vedremo che questi tipi di alterazioni acute nelle cellule corticali si ripetono tali e quali in altri processi acuti, che presentano grande analogia di sindrome con la pellagra: primo di tutti quello della confusione mentale. Così avviene nel *dementia transiva* e in molti casi d'amenia (CAMIA).

Nei casi di demenza pellagrosa anche il cervello presenta lesioni di carattere cronico: così quelle che abbiamo descritte nel modello spiritale: focolai di sclerosi, a cui corrispondono degenerazioni delle vie piramidali, proliferazioni di nevroglia intorno ai vasi, presenza di linfociti.

Anche i nervi periferici sono spesso alterati e vi si scorgono forme più o meno lente di *corde parenchimatosa*, che in certi casi è abbastanza accentuata.

LESIONI VISCERALI. — Tra le lesioni viscerali, primeggiano quelle dell'*intestino*, che sono tra le più comuni.

L'intestino tenue ed anche il crasso sono spesso atrofici ed iperemici; la mucosa è assottigliata, povera di pieghe; le tuniche muscolari talvolta in degenerazione atrofica. Nel crasso sono frequenti le ulcerazioni.

I reni si trovano generalmente in stato di degenerazione parenchimale. Ciò avviene più spesso nei casi acuti; nei casi cronici si può avere il quadro d'una sclerosi renale. VASCALE e BILIOSO ammettono anzi un tipo speciale di nefrite cronica da pellagra.

Il fegato può essere ingrossato e lacerabile oppure impicciolito e cirrotico.

La cistita è in generale impicciolita, non esclusi i casi di flegmone.

La cute è alterata in modo corrispondente ai sintomi che si osservano in vita. Nelle regioni eritematose, come verificò GOMBERG, vi sono strii atrofici e strii ipertrofici. Sul principio della malattia l'epidermide è un po' ingrossata, ma spesso anche assottigliata; appena scompare la desquamazione è sempre ingrossata, e così pure lo strato corneo. Lo strato di Malpighi è ora ingrossato, ora assottigliato. La superficie è irregolare e le papille sono aumentate di volume.

Si riscontrano anche iperemia, emorragie, trasudazione sierosa con leucociti. Gli strati più interni dell'epideride contengono pigmento giallo.

DATI DEMOGRAFICI.

Si calcola che in Italia vi siano da 70,000 a 100,000 pellagrosi. I censimenti anteriori al 1879 erano parziali, perchè non riguardavano che il Piemonte (nel 1846), la Lombardia ed il Veneto (nel 1856). Nel 1879 la direzione dell'agricoltura presso il Ministero dell'interno aveva segnalato 7,855 pellagrosi, ossia una proporzione di 343 pellagrosi per ogni 100,000 abitanti. Nel 1881 il Ministero di agricoltura contò 194,889 pellagrosi sopra una popolazione agricola di 10,049,652 abitanti, ossia 1,93 %; e il numero dei Comuni infestati dall'endemia era di 2,453. Nel 1890, per iniziativa privata, fu intrapresa un'inchiesta da cui risultò il numero di 72,903 pellagrosi sopra una popolazione agricola di 7,023,440 abitanti, cioè la proporzione antecedente di 1,03 %. L'inchiesta contemporanea del Governo d'avea 78,882 pellagrosi sopra una popolazione agricola di 11,285,379 abitanti, ossia il 0,68 %. Questo numero, riscontrato dall'Ufficio nazionale di Sanità, si riduceva nel 1900 a 59,464 pellagrosi; ed anche la mor-
 talità

raccolte nel Congresso pellagrologico di Bologna confermano, sul finire del 1900, una diminuzione della pellagra con un numero di 65.300 ammalati.

Certamente la statistica della pellagra non può essere molto esatta. Il censimento della popolazione agricola si pratica in modo indiretto e quello dei pellagrosi non è nominativo. La diagnosi di pellagra, soggetta ad



Fig. 46. — Distribuzione della pellagra in Italia nell'anno 1901: numero dei pellagrosi per 1000 agricoltori.

esagerazioni sistemiche dove l'epidemia è molto generalizzata e i medici sono proclivi a ravvisarla da per tutto, è spesso disconosciuta nelle regioni dove si presenta con poca frequenza e con forme più lievi. È probabile che dai contingenti alti, se fossero suscettibili di verifica caso per caso, si dovrebbe sottrarre, mentre ai contingenti bassi si dovrebbe aggiungere; e non è punto sicuro che le due ipotetiche operazioni si compenserebbero, in ogni modo la limitazione assoluta della malattia e della mortalità, dal 1881 al 1900, e l'evidente spostamento avvenuto nella di-

verificazioni geografiche della pellagra (fig. 40 e 41), a breve distanza d'anni, tra le varie provincie d'Italia dimostrano che l'endemia pellagrosa è un fatto che refrattaria alle influenze curative. È puerile parlare di una fatalità secondaria o di fauco cronica quando si vede la statistica della pellagra segnare fedelmente le sorti della cultura mistica o dello istruzione



Fig. 41. — Distribuzione della pellagra in Italia nell'anno 1895 (numero dei pellagrici per 1000 agricoltori).

adattato per vincere le funeste conseguenze. La pellagra scema nelle regioni che vanno nutrendosi del grano duro, come il Piemonte e la Liguria; decresce nella Lombardia, dove si vengono organizzando mezzi potenti di terapia e di profilassi; s'alza e scende con l'alzarsi e lo abbassarsi del prezzo della farina bianca; ed arriva immensamente, come lo spettro del grano avaro, in quelle provincie centrali e meridionali d'Italia che ne hanno introdotto da poco tempo la coltivazione.

Così la pellagra non fu favorita nella Spagna che verso il 1730, e

Giovanni Cassal la descrisse per la prima volta col nome di *mal de la rom*; in Italia verso il 1740. Non si estese in Francia che verso il 1815, in Boemia verso il 1820. Varcò da poco la catena dell'Appennino, penetrando e aumentando d'intensità nelle provincie di Siena, di Grosseto, di Perugia, di Ancona, Ascoli-Piceno e Macerata, di Campobasso, di Teramo, di Aquila, in Toscana, nell'Umbria, nelle Marche e negli Abruzzi (Baiatoni).

In Romania vi sono 5 milioni di contadini che si nutrono di mais, e la statistica non dimostra che 20000 pellagrosi. Però che il mais bianco e giallo sia esposto al muffillito, mentre il mais rosso è poco attaccabile e perciò riesce sempre innocuo. In ogni modo è evidente che l'alimentazione malica, per sé stessa, è un'altra che dannosa. Le proprietà nutritive del mais sono superiori a quelle del riso, anzi fu dimostrato che il mais di buona qualità e ben cotto viene assimilato più facilmente e più completamente degli altri cereali (Koso e Rensari). Gli albuminoidi del mais sono assorbiti dall'intestino in ragione dell'85 %, mentre quelli del pane bianco non vi penetrano che in ragione del 74 %, e quelli del pane nero in ragione del 58 %. Se mai, il grano turco è povero d'idrati di carbonio, non già di albuminoidi. Perciò la pellagra infioresce soltanto dove si coltiva il grano turco; ma non in tutti i paesi che lo coltivano, neppure tutte le persone che ne nutriziono: e la geografia della pellagra è assai più ristretta di quella del mais.

PROFILASSI E CURA.

La profilassi della pellagra, dal punto di vista scientifico, è un quesito semplicissimo e già risolto. Dal punto di vista pratico la repressione preventiva della pellagra è un problema alquanto più complesso, sia tutt'altro che difficile. Lo Stato deve vigilare sulle importazioni, sul raccolto, sulla macinazione, sulle misure di conservazione, sul commercio e sul consumo del mais, adottando misure preventive contro il mais ammuffito. È facile sequestrare al loro arrivo nei grandi porti, il cui numero è non limitato, le grosse partite di mais avariato che provengono dall'estero. Un buon mezzo di render quasi impossibile il consumo del mais avariato è quello di praticarne gratuitamente il cambio con una quantità corrispondente di farina bianca. Il sistema del cambio fu inventato nelle Marche ed è largamente applicato nel territorio di Brescia. Il Ministero d'Agricoltura l'ha incoraggiato con sovvenzioni.

Furono istituiti forni gratuiti per l'essiccazione del grano turco. In Irlanda si procede alla ventilazione del grano turco con l'apparecchio

Dottori, che è molto raccomandato da Lodiense e che basta a preservarlo dalle muffe. In Italia i pubblici essiccatoi sono poco diffusi: la polveriera di Bergamo nel 1902 ne possedeva 19, quella di Brescia 101, sussidiati dalla Provincia o dai Comuni, quella di Cremona uno, e quella di Rovigo diverse, ma tutti di proprietà privata e non gratuiti. Ve ne sono di stabili e di mobili.

Nella scelta dell'essiccatoio si preferirà il sistema che non tolga al grano uroo la facoltà germinativa e che gli conservi il sapore, come avviene nell'essiccamento naturale ai raggi del sole.

Un parroco lombardo, don RICHARDO ANELLI, che si era consacrato alla redenzione dei contadini dalla pellagra e che anzi succedeva per le sue fatiche provate nella sua nobilissima propaganda, aveva instaurato *forzi futuri* per sostituire alla polenta un pane di segale a buon mercato. Ma i contadini, che non usano né brodo, né carne, né legumi, né latte caldo, preferiscono al pane di segale e al pane di farina bianca la polenta, che dà loro la sensazione del calore e della sazietà e che, condita di sughi estremamente economici, può assumere sapori forti e svariati.

Oltre ai mezzi preventivi, e in attesa che la pediliasi della pellagra possa spiegare la propria efficacia sui casi futuri, non si devono trascurare i mezzi curativi a favore dei pellagrosi in corso di malattia. Tra questi mezzi si è rivelata assai utile, perchè economica e spiccia, l'istituzione delle così dette *loccande sanitarie*. La diminuzione della pellagra in Lombardia e in alcune provincie del Veneto è dovuta alle locande sanitarie più che ai provvedimenti preventivi, la cui adozione è appena incominciata e finora assai incompleta. Le locande sanitarie sono create improvvisamente dalla pubblica carità nei municipi di campagna, nelle parrocchie, nelle osterie, nei casolari isolati, dovunque vi sia un focolaio o un locale, a cui i pellagrosi poveri o delinquenti iscritti possono recarsi a piedi dalle loro case, consumando il loro pasto sul luogo. Il pasto consiste di carne cotta, pane bianco, legumi e vino; ad ogni malato di pellagra se ne distribuisce uno al giorno; il valore di ogni razione varia tra i 50 e i 60 centesimi. La distribuzione gratuita di questi pasti si fa per 20 fino a 60 o al massimo 70 giorni di seguito, in uno o in due periodi dell'anno, cioè in primavera oppure in primavera ed in autunno. In alcuni paesi questa cura risolutiva si pratica solo a giorni alterni; e così può estendersi ad un periodo di tempo doppiamente lungo. I contadini che ne fruiscono sono pellagrosi di primo grado; essi possono accedere alla locanda sanitaria senza rinunciare al lavoro, né separarsi dalle loro famiglie. Lo spostamento degli interessi economici è minimo; se possono guarire moltissimi pellagrosi con una spesa complessiva ed un disturbo che non basterebbero se non ad un piccolissimo numero d'ie-

fermi ospedalizzati. Per facilitare la distribuzione della vivande ai contadini che abitano in luoghi remoti e che non potrebbero, malati come sono, recarsi ogni giorno senza disagio alla sede della cucina, le locande sanitarie dispongono di succursali senza cucina e meno lontane dalle abitazioni dei consumatori, dove le razioni vengono portate ad una fissa per mezzo di carretti a mani forniti di riscaldamento e vengono consumate sul luogo come nelle locande centrali.

Nel 1906 l'Italia annoverava 319 locande sanitarie distribuite in 23 provincie: 117 in Lombardia, 118 nel Veneto, 76 nell'Emilia, 6 nelle Marche, 1 in Toscana ed 1 nel Lazio.

I pellagrosi che ne fruiscono salgono a parecchie migliaia. Il Governo sussidia anche le locande sanitarie, che in generale sono più numerose e più frequentate dove la pellagra è più intensa. Nei paesi invece dove la pellagra è ancora poco diffusa e sarebbe perciò assai facile l'esportazione, non si fa nulla contro di essa: la sua esistenza e persistenza è un'arma di opposizione reazionaria contro la politica liberale e serve di pretesto a domandare protezione ad industrie che si adattano come il verro e il solo rimedio all'endemia pellagrosa. Così in Toscana non si vuolente parlare né di locande sanitarie, né di vigilanza sullo spaccio del mais giallo; si finge di credere che la pellagra possa scomparire togliendo alle capre la proibizione di pascolare nelle foreste ch'esse rovinano e favorendo la confezione di certi formaggi che vengono elevati alla dignità di una panacea sociale.

Ma la popolazione e il Governo hanno innato contro la pellagra una campagna aggressiva e coraggiosa: la popolazione, creando associazioni alliate con vincoli interprovinciali, promuovendo congressi, pagando di borsa; il Governo legiferando senza preconcetti di scolastica liberista. Il liberismo doganale potrebbe giovare alla causa dei pellagrosi se, invece d'impedire le misure proibitive contro il mais avariato, togliesse di mezzo gli ostacoli all'importazione del grano bianco, abolendo i forti dazi che proteggono l'indolenza dei produttori nazionali. In questo caso il forte ribasso del prezzo determinerebbe una limitazione nel consumo dello peggiore farine di mais.

CAPITOLO XI. L'alcolismo

CAUSE.

L'abuso delle bevande alcoliche è la condizione necessaria dell'alcolismo; ma a questa condizione esteriore si uniscono sempre fattori interni, predisposizioni o speciali suscettibilità composte ed acquisite che da una parte determinano la vinosa abitudine e dall'altra concorrono a produrre la reazione morbosa. All'estero delle circostanze individuali, premesse i numerosi e svariati fattori sociali, che danno la spinta all'abitudine di alcolizzarsi o la conservano aumentandola.

Le proprietà tossiche degli alcool variano con la loro composizione chimica. Accurate esperienze dimostrano che la tossicità aumenta coll'aumentare del peso molecolare. Prettamente ha soprattutto importanza la differenza tra il vino, che contiene alcool etilico, poco tossico, e i liquori, specialmente la cattiva acquavite, che contiene una quantità notevole di alcool amilico, molto tossico. All'azione dannosa dell'alcool si aggiunge quella degli altri componenti del vino, e delle essenze contenute nella maggior parte dei liquori; notevole soprattutto l'essenza di assenzio. Benché Pazione di tale essenza non sia certamente trascurabile, pure ad essa è stata data, forse ad arte, un'eccessiva importanza di fronte a quella dell'alcool, che è la predominante. Recentemente anzi da filosofi troppo zelanti dell'alcool si è voluto fare delle essenze quasi il capo caputizio dell'alcolismo, attribuendo ad esso la massima parte dell'azione tossica. Qualunque sia l'influenza di queste essenze nel determinare o nel facilitare alcuni sintomi dell'alcolismo, è certo ad ogni modo che tutti i sintomi di questa malattia si possono riscontrare anche in individui che bevono vino e che di fronte ai liquori sono astemi.

La disposizione interna per cui si può cadere in preda all'alcolismo si presenta sotto un doppio aspetto; come attrazione verso l'alcool, per cui ben presto si stabilisce l'abitudine di bere grandi quantità di alcoolici,

o di insifferenza, per cui bastano piccole quantità a determinare, sia momentaneamente, sia cronicamente, dei disturbi psichici.

Basandosi su statistiche, si è molto parlato di una ereditarietà dell'innestazione per l'alcool, e si è riscontrato il 40-50 % di casi in cui fra gli ascendenti degli alcolisti vi erano individui astri e panceristici e in special modo alcolisti. Si arrivò ad ammettere una eredità simile dell'alcolismo. Se questa eredità si interpreta alla lettera e come un puro fatto organico, bisogna accettarla certamente con arto *alto*. Vi è grande differenza dal ritenere l'adolesimo negli ascendenti degli alcolisti al dire che esiste una vera eredità organica dell'alcolismo. Trattandosi di una malattia assai diffusa è notevole che in molti casi l'eredità non sia che un'apparenza. Del resto debbono avere grandissima importanza, più che la vera eredità, la continuità di ambiente, l'esempio, le abitudini di famiglia. Molto maggiore importanza ha invece la predisposizione neuropsichica considerata genericamente. È certo che una gran parte degli alcolisti si reclutano tra predisposti a malattie del sistema nervoso, tra ammalati del sistema nervoso, come neurastenici o psitastenici, tra squilibrati con larga tina ereditaria. In tutti casi la tendenza non solo all'alcool, ma agli eccitanti del sistema nervoso in genere è sempre non spiccata.

Una forma caratteristica di nevrosi morbosa per gli alcoolici è la dissimulazione, che insorge perlopiù in forma d'impulsio incoercibile. Negli intervalli i dissimulanti possono vivere senza sforzo all'astinenza, dimostrandosi addirittura repugnanti da tutti gli alcoolici. I fenomeni accessori che accompagnano l'impulsio al bere provano nella maggioranza dei casi che l'accesso di dissimulazione altro non è che un equivalente di epilessia psichica. Gli eccessi di bevande alcoliche durante le crisi possono condurre a fenomeni d'intossicazione subacuta e cronica.

L'attrazione per l'alcool può essere ed anzi è molto spesso acquisita. In seguito a gravi malattie sofferte, specialmente a malattie infettive, a traumi del capo, a traumi psichici, a gravi strapazzi professionali, può svilupparsi in individui dapprima astenici o indeboliti una viva attrazione per l'alcool. Anche negli stati di eccitamento legati a malattie mentali diverse può insorgere la tendenza all'alcolismo: così negli accessi periodici di esaltamento dei maniaco e dei circolari, nella paralisi progressiva, nella demenza senile.

Ma la causa più comune d'irrefrenabile tendenza agli alcoolici deriva dal malessere crescente che provano gli absoicizzati quando non si sentono anzi d'alcool e dal graduale insaltarsi del loro coefficiente personale di intossicazione. Conobbi un malato che, per lo sguento di trovarsi senza vino durante la notte, teneva sotto il letto un barile pieno, da cui per mezzo d'un

tutto di giorno possa aspirare il contenuto senza scostarsi dalla posizione orizzontale. Questo bevitore convinto ammalò di pseudo-paralisi periodica e poi guarì.

La tolleranza dell'alcool varia enormemente da individuo ad individuo. Vi sono i tolleranti che possono bere quantità enormi di vino e di liquori per molti anni senza presentare il minimo disturbo; o tutt'al più alcuni tra i segni fisici dell'abitudine alcolica (tremore, tendenza alla obesità, ectasia dei piccoli vasi cutanei della faccia), ma nessun fatto psichico. Vi sono invece gli intolleranti che con un uso relativamente moderato di vino finiscono per presentare vere forme di psicosi alcolica. In certi casi l'intolleranza si manifesta con fenomeni acuti, con finità all'ubriachezza, spesso in forma aberrante, patologica; in altri casi si manifestano fenomeni di alcoolismo cronico per uso limitato, ma abituale di alcoolici. Spesso l'origine dell'intolleranza è congenita e connessa a condizioni scire del sistema nervoso od anche a vere malattie. Sono intolleranti molti epilettici, nei quali l'abuso degli alcoolici può cagionare non solo una maggior frequenza degli accessi, ma anche forme di reazione insolitamente violente ed anomale alle stimole degli alcoolici.

L'intolleranza è spesso acquisita: lo stesso uso degli alcoolici è causa di una intolleranza progressiva. Mentre da una parte si forma e si mantiene l'abitudine a dosi più o meno alte di alcoolici, d'altra parte la tolleranza decresce di giorno in giorno: minime quantità di vino determinano l'ubriachezza o lo scoppio di fenomeni psicotici a decorso lungo.

L'uso dell'alcool trova la sua ragione soggettiva nel senso di euforia e di agioenza psichica che provoca così facilmente, nell'attenuazione che esercita sul senso della fatica e sulle molestie fisiche, nell'ottimismo che ispira, dando alle idee un corso più saltuario e leggero e facilitando così la dimenticanza delle preoccupazioni materiali. Si comprende perciò come la miseria e gli strapazzi che son legati all'esercizio di certi mestieri diano una spinta inesorabile all'alcolismo. L'alcool diventa un mezzo per sopportare la soma d'un lavoro eccessivo, spesso compiuto in condizioni di nutrizione addirittura insufficienti. A ciò si aggiunga che, per buona parte del proletariato, la mancanza di tempo, di denaro e di educazione fa dell'alcool l'unica sorgente possibile di godimento. È in questo fattore soggettivo che la propaganda antisocialista trova la massima resistenza, i danni oggettivi che l'alcolismo produce, sia nell'organismo dell'alcolista, sia nella sua posizione sociale, sono lontani e teorici; o l'alcolista non può sacrificare ad un vantaggio probatorio e negativo il benessere immediato e positivo che prova bevendo.

Un'altra causa generica che favorisce lo sviluppo dell'alcolismo, specialmente nei paesi nordici, sta nell'insensibilità che procura soggettiva-

mento di fronte al freddo e nel calore che comunica a chi ha bevuto, dilatando i suoi capillari e riscaldando la pelle (sede delle terminazioni sensitive) a danno dei visceri. L'uso degli alcoolici aumenta d'inverno e diminuisce d'estate.

A corroborare la influenza all'abuso degli alcoolici concorrono anche i pregiudizi volgari e dotti, sull'azione dell'alcool. Si ritiene, per esempio, deducendolo dall'esperienza subiettiva, che l'alcool aumenti la forza muscolare, che favorisca la termogenesi, che acuisca la percezione. E si finisce per convincersi che possa spiegare una influenza favorevole e continuativa sullo sviluppo fisico: donde la convinzione diffusissima di somministrare vino ed alcoolici ai bambini più teneri, vincendone la naturale ripugnanza e spingendoli a diventare col tempo alcoolisti per vocazione.

Non occorre dire che le ricerche sperimentali parlano contro questi convincenti popolari: l'alcool diminuisce la somma di lavoro muscolare che si può attuare in un dato tempo, ottunde i processi psichici più elevati, non dà che un senso subiettivo di calore, e a dosi elevate abbassa anzi la temperatura. E non è dubbio che esso venga impiegato nell'organismo, sia pure scarsamente, come alimento e che subisca processi di assimilazione completa. E invece certissimo che riesce dannoso allo sviluppo e che può determinare una ipotrofia generale. Ciò, s'intende, indipendentemente dai danni che l'abuso dell'alcool reca ai visceri più importanti: il cervello, il cuore, lo stomaco, il fegato, i reni.

DIFFUSIONE E DISTRIBUZIONE.

Per le ragioni che abbiamo ricordato si comprende come l'alcolismo debba essere assai più diffuso nei paesi industriali e più specialmente nei climi freddi. La Norvegia, la Svezia, la Danimarca, la Russia, la Germania, la Francia, il Belgio, l'Olanda, l'Inghilterra e gli Stati Uniti d'America primeggiano nel consumo storico degli alcoolici e per conseguenza nel numero degli alcoolisti. L'Italia sta agli ultimi posti, presentando però notevoli diversità da regione a regione. Tiene il primo posto la Liguria, ove gli alcoolisti rappresentavano nel 1891 il 15,84 per cento di tutti i ricoverati nei manicomii: seguono il Lazio (13,21), la Lombardia (7,02), il Veneto (5,91); ultimi tra tutti il Napoletano e la Sicilia con le basse percentuali di 2,31 e di 3,07. L'alcolismo è molto più diffusa tra gli uomini che tra le donne, specialmente nelle classi popolari. La distribuzione professionale dell'alcolismo mostra chiaramente quanta sia l'influenza dei vari fattori sociali. Nei lavoratori dell'industria si ha la mas-

sima diffusione per ragione dello strapazzo fisico; negli osti, nei cuochi, nei sensali di vino per tentazione professionale; nei vittimali per l'esposizione alle intemperie. Non è da trascurarsi una forma di alcolismo che potrebbe dirsi farmacologico e che intercorre tra i nevrotici e vasaletnici (dalla si consumo di vin) e liquori medicati, elixir, tinture. Tra le alcoo-
lite delle classi elevate il veicolo dell'alcool, sotto veste temperica ed igienica, è spesso l'acqua di Colonia.

L'età più propizia per lo sviluppo dell'alcolismo è quella dai 25 anni in poi. Tuttavia non è raro l'alcolismo in età inferiore. Anche nei fanciulli può sorgere, come abbiamo accennato, un alcolismo infantile, che qualche volta assume forma cronica ed è accompagnato da costanti episodi di *dolens frenens*. Persino nei lattanti si sono osservati qualche volta sintomi d'alcolismo trasmessi di seconda mano dalla nutrice. In questo senso si può ammettere persino un alcolismo fetale.

FORME.

Gli effetti paragonati dell'alcool si possono presentare acutamente nell'ultracrisi. L'ultracrisi è un episodio isolato; raro in individui assolutamente temperati, periodico negli individui dediti all'alcool, nel qual caso i suoi sintomi si sovrappongono a quelli dell'alcolismo cronico. Vi è una forma di ultracrisi che può dirsi fisiologica; essa rappresenta la reazione di un organismo normale all'intossicazione alcolica acuta; ma vi sono anche forme schiettamente patologiche di ultracrisi nelle quali organismi degenerati reagiscono in maniera anormale.

L'alcolismo cronico può decorrere a lungo senza provocare una vera forma di psicosi conclamata. Assai spesso non si notano dell'alcolismo che i sintomi fisici, nervosi, e dal lato mentale si ha un grado variabile di decadimento psichico, di degenerazione alcoolica, che presenta certe assai caratteristiche. Ove questo stato di degenerazione alcoolica sia molto accentratto, si giunge alle forme deliranti croniche dell'alcolismo, si *dolens sistemizzato* di persecuzione e di gelosia, che somigliano molto per la loro coerenza a quelli della paranoia. Un certo grado di *intelletto* cronico vi è in ogni alcolismo; ma l'indebolimento mentale può raggiungere vari caratteri di *demenza*, con deliri variati ed effimeri, che ricoprono quelli della *paralisi progressiva*. Questi stati deliranti con indebolimento mentale sono accompagnati da frenososi fluci che si riscontrano a loro volta anche nella *paralisi progressiva*; si ha per ciò in complesso una forma di *parado-parali progressiva* che differisce dalla vera per la sua etiologia e per il suo speciale decorso. Nell'alcolismo cronico si possono

anche osservare episodi di delirio persecutorio dipendenti da allucinazioni dell'udito e della vista, di delirio sensoriale degli alcoolisti. Si ha infine una forma a decorso acuto, schiettamente confusionale, che è il cosiddetto *delirium tremens*.

UBRIACHEZZA FISIOLOGICA.

L'intossicazione acuta (per alcool) ha gradazioni infinite. In rapporto con la sua intensità variato il sintoma, che possono andare da un leggero eccitamento iniziale fino ad uno stato di paralisi e di coma.

Anche a piccole dosi l'alcool esercita un'azione paralizzante sui processi psichici più elevati. Gli atti più complessi ed elevati d'attenzione interiore, l'autocontrollo, la modestia, il ritegno, il pudore, la prudenza, restano sotto colti o sospesi. L'azione segue il pensiero con maggiore prontezza e inconsiderazione. L'uomo bello, in luogo d'essere l'osservatore coerente del programma impostogli dal proprio carattere, diventa lo zimbello, passivo e materico, delle immagini che il caso affaccia disordinatamente alla sua coscienza. A ciò si aggiunge un certo grado di eccitamento psicomotorio con uno stato di euforia caratteristica e di agevolezza (illusoria nelle astrazioni) improvvisate della volontà. La condotta dell'ubriaco rispetta questa esaltazione di fronte a questo eccitamento: i timidi acquistano coraggio, gli introversi sfrenatezza; l'ubriaco è liquore, di una sincerità inopportuna e spesso offensiva, facile a incendiarsi con atti d'ira, di prepotenza, di scurellità, d'impulsi, di cinismo. Le sue percezioni perdono il promozzo, l'associazione delle idee tende a sbandarsi per vie illogiche. Prevalgono quindi le associazioni futili, frivole, per assonanza: si ha tendenza ai giochi di parole, al linguaggio in gergo, all'uso interpestivo e infelice di lingue straniere mal conosciute. L'umore varia da indifferenza a indovino; può nella generalità dei casi e nelle forme più miti d'ubriachezza, può assumere un colorito patetico, sentimentale, piagnucoloso, bistietico, superbo, iracundo quanto più s'accosta all'ubriachezza patologica. Gli ubriachi ordinari, benché facciano nell'elezione, nella tenerezza e nella parola, si credono poveri di brici. Sotto il dominio di questa illusione offrono spesso e volentieri saggi non richiesti di cuore, di declamazione e d'eloquenza; e non si accorgono se l'uditore è troppo facile o troppo solenne o del tutto assente. Ma tranne qualche breve momento di vento in poppa, la nave del loro ingegno va « sgambescio » non la ciurma; l'ubriaco si ripete, e ciò rende stucchevoli i suoi discorsi. La ripetizione monotona d'arguzie maldestre o di cattivo gusto o non risolve il difetto a cui si riconoscono i gradi mitissimi d'ubriachezza.

Lo stesso inceppamento che si riscontra nei processi psichici si manifesta anche nelle funzioni motorie. La parola è lenta, strascicata, disarticolata con tutte le possibili gradazioni o, nelle fasi più avanzate, fino alla completa anartria, come nei paralitici. La voce cade di tanto in tanto nelle intonazioni nasali. La mimica è ampia e impacciata, priva di precisione e spesso grottesca, benché l'ubriaco cerchi di renderla dignitosa. Questa difficoltà di parola e di movimenti, la ripetizione fastidiosa di frasi insignificanti, come se fossero spiritose ed umoristiche, e la sconsideratezza delle idee formano un singolare contrasto con la ballata dell'ubriaco, che lo rende sentenzioso, sentenzeggiante e qualche volta lirico, apostolico, filosofico, ma senza un contenuto adeguato al pathos omniante.

Nell'andatura si manifesta il caratteristico disordine atassico, per cui i passi si susseguono a gruppi rapidi in senso obliquo o mirano, più che a condurre avanti, ad impedire la caduta. Più tardi non solo l'incoscienza è impossibile, ma anche la stazione eretta. L'ubriaco cade, per non rialzarsi che alla mattina seguente, in piedi ad un sonno comatoso che qualche volta si protrae oltre le 24 ore.

Spesso il sonno catastrofico dell'ubriachezza è seguito da uno strascico di disturbi minori. Si ha cefalea, vertigine, nausea, sete, inappetenza, stanchezza alle gambe, resta il complesso di quelle sensazioni piuttosto disgustose che i Tedeschi hanno compendiato nel nome di *Kotzenkrankheit*. BROTHMAN osservò come postumo dell'abeteismo un quadro caratteristico di atassi cerebellare, che si verifica negli ubriacconi abituali.

UBRIACHEZZA PATOLOGICA.

In alcuni individui, per lo più degenerati predisposti alle psicopatie, epilettici, isterici, tubercoli, o che hanno antecedentemente subito traumi al capo, l'ubriachezza assume un carattere spiccatamente patologico. Ora si tratta di veri accessi convulsivi che scoppiano nell'arre dell'intossicazione, ora di stati psicopatici che possono riguardarsi come equivalenti di epilessia psichica: impulsi omicidi o suicidi, accessi di furore, stati stuporosi, stati crepuscolari di semioscienza, nei quali l'ubriaco compie azioni terribili o criminose, violenze carnali, esibizionismo, ferimenti, accessi con amnesia completa dell'accaduto. Si può avere anche la così detta *ubriachezza apoplettica* che conduce improvvisamente al coma e talora alla morte.

Gli individui che soggiacciono a queste forme d'ubriachezza patologica presentano sempre in modo stereotipato lo stesso quadro pato-psichico che

s'ubbrivcano. L'affinità di questi stati con gli accessi epilettici è tale, che si può ammetterne senz'altro l'identità: si tratta di fenomeni epilettici provocati dalla intossicazione alcolica.

SINTOMI DELL'ALCOOLISMO CRONICO.

L'alcolismo cronico si manifesta con un corteo di sintomi nervosi assai caratteristici, che sono più costanti e più precoci dei sintomi psichici. Essi si devono in massima parte a lesioni dei nervi periferici, ma in parte sono di origine centrale.

Notevoli sono i disturbi della sensibilità cutanea, che si presentano distribuiti all'isole e corrispondono al territorio dei nervi maggiormente affetti. Obiettivamente si può verificare un indebolimento della sensibilità tattile che va sino alla anestesia completa. Talvolta si ha termanalgesia. Talvolta invece si ha iperestesia vivissima e ogni contatto riesce doloroso. Sottettivamente l'alcolista cronico prova sensazioni di formicolio, punture, dolori a trafittura. Questi disturbi della sensibilità sono determinati da alterazioni nerviche più o meno avanzate. Ovè le alterazioni dei nervi sono più accentuate si manifestano fenomeni di paresi motorie, specialmente negli arti inferiori e in particolar modo, con sole quasi di profusione, nel campo degli estensori del piede. La forza muscolare è generalmente diminuita, specialmente negli arti inferiori, e facilmente si arriva allo stato muscolari più o meno circoscritto. Le anestesi riferite a paralisi alcolica, a pseudotabe alcolica, a neuropatia periferica, dipendono da lesioni nerviche eccezionalmente accidentali: in questi casi la distinzione dalla tale si può fare, oltrechè in base ai dati anamnestici, scoprendo i fatti obiettivi di scorie, le atrofie, il dolore alla pressione, e il contegno spesso normale o quasi normale delle pupille.

Nel campo dei sensi specifici sono assai frequenti le lesioni dell'olfatto e della retina. Molissimi alcolisti cronici presentano un indebolimento dell'acutezza visiva, discromatopsia e persino completa acromatopsia. Sottettivamente possono soffrire di fotopsie svariate. L'oftalmoscopio svela spesso una caratteristica palidezza della papilla nella sua parte temporale. Più rari sono le emorragie retiniche e l'infiammazione generale della papilla. I disturbi pupillari di rado sono assai accentuati, possono peraltro in certi casi giungere alla completa rigidità. Talvolta si hanno paralisi dei muscoli oculari.

Nel campo dell'udito sono frequenti i rumori i sibili, gli scrosci. Per ciò che si riferisce al gusto, è frequentissimo il pervertimento o addirittura la quasi completa anestesia gustativa, ma accompagnata da percezioni subiettive di sapori disgustosi.

oltre ai tremori neritici, nel campo della motilità si riscontra una singolare frequenza di *tremore*, spiccatissimo alla lingua ed alle mani e che si rende facilmente in evidenza facendola divaricare le dita. È un tremore a rapide e minute oscillazioni, che si rivela con molta chiarezza nella scrittura: levi tratti di una linea appaiono talvolta spezzettati da parecchie oscillazioni di tremore (fig. 101). La tendenza ai tremori spasmoidici e in certi casi incontinenza o si possono avere cioè fascicolosi diffusi agli arti ed alla faccia, *hes.*, *crampi*.

Non di rado gli alcoolisti prettissimi sono soggetti a convulsioni epilettiche. Si è voluti da taluno differenziare questi accessi da quelli della classica epilessia, avvicinandoli piuttosto agli accessi epilettiformi della famiglia preletica, del dialete, dell'uremia, perché sono più proprii al

del 21. Luglio 1903
Chiusa San Giovanni
Marino Mario Chiarugi

Fig. 101. — Scrittura di un alcoolico.

lunghi accessi tendenti a ripetersi di serie. È assai verosimile che una tale definizione non abbia alcuna ragione di essere. Anzi è ormai opinione prevalente che gli accessi epilettici che compaiono nell'alcolismo cronico non debbano essere considerati come costituenti una vera epilessia alcoolica, ma come manifestazioni di un'epilessia ereditaria latente per molto tempo a posto in attesa dell'alcolismo. WATSMAN trova in quell'entità la figura clinica di un'epilessia alcoolica: l'analisi accurata di molti casi permette di trovare nella maggior parte di essi una notevole predisposizione o la esistenza di altre cause, come trauma, ed infezione. Secondo WATSMAN l'alcol sciolge l'epilessia, non la determina e talvolta basta un solo eccesso alcoolico per mettere in luce una epilessia insospettata.

All'epilessia che si manifesta nell'alcolismo cronico sono state attribuite, più che l'alcol, le ossigeno continue negli alcoolici, soprattutto quella dell'acetato. MURRAY è stato il sostenitore di questa tesi in molti alcoolici, tanto da formulare « *prout il quinquex, pas d'alcoolisme* ». ORMOND si è dubbio, e gli esperimenti lo dimostrano nel modo più chiaro, che l'acetato di ossigeno ha sul sistema nervoso una spiccata azione confu-

SOMNO; ma è noto d'altra parte che l'epilessia si manifesta anche in regioni dove l'assenza è sconosciuta ed anche in bevitori di puro vino.

Nel campo dell'intossicazione vasomotoria l'alcolismo cronico determina parolai vasomotorii ed eczemi (in casi rari), specialmente nella faccia (faccia pettorante). Il naso è specialmente colpito e presenta un'ipertrofia caratteristica. L'acne rosacea è frequente nei bevitori ed è popolarmente nota come infamia o intemperanza alcohola. Ma è un segno tutt'altro che sicuro, e si possono incontrare casi caliginosi in individui temperanti.

L'abuso cronico delle bevande alcoholiche porta anche come conseguenza diversi disturbi roscari. In prima linea per ordine di frequenza stanno quelli dello stomaco. Lo stomaco può essere disturbato: ciò avviene specialmente nei bevitori di vino o meglio ancora di birra. Si aggiungono i fenomeni della gastrite cronica: inappetenza, nausea, vertigine, costole soffiate. Finché l'alcool è ben tollerato dallo stomaco, esso favorisce l'ingrossamento e la corpulenza; ma quindi i disturbi digestivi sono accentuati e si determinano anche anorexia e vera ripugnanza al cibo, perdita dell'intera nutrizione sino a stati di vero marasma. Il regolo è spesso alterato dall'alcool: come è noto, l'alcolismo è la causa più frequente di erossione orofarica. Anche i reni sono lesi assai di spesso, sia direttamente per azione dell'alcool sugli elementi epiteliali specifici, sia indirettamente per mezzo dell'arteriosclerosi che l'alcolismo determina o favorisce in tutti gli organi, e a preferenza nei reni e nel cervello. Il cuore è spesso ipertrofico anche per riattivazione delle lesioni valvuli e dell'arteriosclerosi diffusa, e finisce col presentare ipertrofia adiposa. La nevrosi del capo, non rara negli alcoholic, può determinare anche disturbi di osservazione per eccesso di eccitazione o per paralisi: palio raro, tachicardia.

I disturbi mentali nell'alcolismo cronico si presentano in modo insidioso o lentamente progressivo, sì che non è possibile stabilire un limite netto tra lo stato normale e gli stati schiettamente psicotici. Molto spesso l'abitudine delle bevande alcoholiche non determina che un arresto, un precoce esaurimento della personalità individuale, senza determinare una evidente decadenza mentale. Ma da questo arresto ed una vera involuzione, o per dir meglio ad una degenerazione psichica, il passaggio è insensibile. L'alcoholic consumato presenta segni di decadenza soprattutto nella sfera morale. Le attitudini già acquisite si conservano discretamente, ma si perde la capacità e il desiderio di opere nuove o più alte. Il lavoro diventa penoso e per essere compito richiede il concorso dell'altissimo eccitamento alcoholic. I poteri inhibitori scemano grandemente, il carattere si fa fiacco: facilmente l'alcoholic cade in preda al fatalismo o al suo scetticismo che non è poi che un comodo mezzo per giustificarsi di fronte a sé ed agli altri la propria inattività. L'amore diventa irritabile, facile a

disperdendosi: l'alcolista si lascia sbattere da piccole contrarietà perché non si sente la forza di vincerle. Trascura i rapporti sociali, diventa misantropo, viene a facili transizioni con la propria coscienza, decade gradualmente sino all'estrema abiezione. La nevrosi si rende visibile con la sporadica esteriorità della persona. Il senso genetico soffre una grave decadenza o è spinto a perversità. Nei casi più acuti anche l'intelligenza soffre; la capacità di attenzione è affievolita, la memoria debole, incapace di fissare nuovi ricordi, sicché tutto il campo dell'attività psichica è più limitato.

Di questa decadenza deve necessariamente risentirsi la posizione sociale dell'alcolista, il quale non di rado è finito all'indigenza, al disadattamento di mestiere, alla disoccupazione cronica, al vagabondaggio; e queste sventure economiche non fanno che ribadire la tendenza al bere, che diventa l'unico sollievo, l'unica fonte di passeggero benessere.

Su questo terreno è facile che germoglino deliri d'autoavvelenazione. Un primo accento di delirio si ha già nella maniera tutta speciale di considerare le cose che è frequente negli alcolisti. Specialmente se intelligenti e dotati di una certa cultura, gli alcolisti cronici sono colpiti dal loro stato d'animo abituale ad una visione cinica del mondo o della vita, il bevitore letterato fa pompa d'un *morosismo patetico* sugli altri e su di sé, e contempla la propria disgrazia non come un effetto dell'abitudine ipotesica, ma come una conseguenza naturale degli ordinamenti sociali, dell'etica umana, del male che trionfa nell'universo.

Dal pessimismo si passa facilmente a deliri di persecuzione. L'alcolista tende ad attribuire le proprie sventure al malvolere altrui, alle ingiustizie, alle sopraffazioni, agli attacchi malevoli, alla concorrenza sleale, oppure rivolge le sue recriminazioni alle persone di famiglia: egli si è rovinato per avere una famiglia troppo numerosa, una moglie rozza o infedele, una i comizi domestici che lo fanno spinto a bere per dimenticare.

In questi stati di degenerazione alcolica è più specialmente comune il *delirio di gelosia*. Forse, come osserva uno scrittore letterario, *Bonconte*: «Anche, la impotenza sessuale che affligge molti di questi alcolisti è il movente di questo delirio, che può talvolta assumere forme minacciose e violente».

DELIRIO ALLUCINATORIO.

Fra gli altri deliri si mantengono nei limiti della verosimiglianza o non sono accompagnati da altri fenomeni manifestamente psicotici. Non è così invece di altri deliri che possono presentarsi episodicamente nel corso dell'alcolismo cronico o che per la loro insistentezza e per le allucinazioni

a cui sono associate assai meno un carattere più schiettamente patologico. Si tratta del delirio affettivo-ossessivo degli alcolisti, nel quale predominano le idee di persecuzione o le allucinazioni uditive. Queste allucinazioni si basano per lo più con una esagerazione degli ordinari rumori e scrosci frequentissimi negli alcolisti cronici. Ma assumono ben presto un contenuto verbale e un significato minaccioso per l'ammalato. Si tratta dapprima di parole inintese od inossate, alle quali peraltro il malato attribuisce un significato delirante: poi di minacce, accuse, allusioni, insinuazioni maligne, parole di disapprovazione o di condanna, generalmente esortative, paradossali, sconcertanti e quindi incredibili. Tuttavia l'ammalato ne rimane atterrito, ansioso, crea su queste allucinazioni deliri di persecuzione anche più paradossali delle allucinazioni stesse. Lo stato di eccitamento, di irrequietezza, di insonnia, con cui l'accesso si inizia ordinariamente si acventa sempre più o più condurre ad atti di violenza od al suicidio. Le allucinazioni uditive sono spesso unilaterali. Talvolta esse ricoprono i pensieri più intimi del malato, si ha il fenomeno del pensiero ad alta voce.

Le allucinazioni visive sono più rare, e generalmente si limitano a flippes, possono assumere peraltro aspetto configurato, specialmente in condizioni favorevoli, di notte all'oscuro: ed anche in questo caso il loro contenuto è minaccioso, terrifico: uomini in aspetto minaccioso, bestie, meccanismi di tortura. Allucinazioni intense e persistenti dell'olfatto e del gusto spingono talvolta all'ossessivo rifiuto del cibo.

Se l'ammalato è sottoposto all'astinenza, si ha ordinariamente la guarigione in un termine relativamente breve, di pochi mesi al più. Vi è peraltro grande tendenza alle recidive, e specialmente in questo caso la reintegrazione dell'intelligenza non è completa, ma si ha uno stato di debolezza stabile più o meno accentuato.

PERUDO-PARALISI ALCOOLICA.

Una forma di psicopatia non infrequente nel corso dell'alcolismo cronico ed assai importante, soprattutto per la diagnosi, è la così detta pseudo-paralisi progressiva. Si tratta di accessi psicopatici che insorgono per lo più improvvisamente con tutti i caratteri della paralisi progressiva, non solo nel campo delle perturbazioni psichiche, ma anche dei sintomi somatici. Gli ammalati presentano spesso la caratteristica euforia, la spensieratezza, i deliri paradossali di grandezza, i noti fenomeni pupillari, tremore, ansia, disgrafia, disritmia. La sindrome paralitica può essere così clinica e completa, da indurre in errore, tanto più che spesso gli alcolisti

tenzano oscurito il loro ticlo = non lo denunciano, anzi lo negano persino al medico.

I rapporti ancora non del tutto definiti tra paralisi progressiva ed alcoolismo, la somiglianza sintomatologica che va sino all'identità hanno potuto far sì che molti autori negassero l'esistenza di questa forma morbosa ed hanno fatto ritenere che in questi casi si trattasse piuttosto di una vera paralisi progressiva determinata dall'alcolismo. Ma ogni giorno più l'esistenza della pseudo-paralisi come una varietà ben distinta si va affermando soprattutto in base all'esito della malattia, che continua, mentre a quella della paralisi progressiva è spesso a breve scadenza completamente insito. Un adulto regnare di vita è il semplice fatto della recussione in un'incoscienza decedutano nella maggioranza dei casi in capo a pochi mesi il ricambio di tutti i sistemi sino a scomparsa più o meno completa. Naturalmente, come avviene per tutte le forme di paralisi che hanno per base l'alcolismo, è assai grave il pericolo della recidiva, e Ricus ha potuto riferire un caso in cui un paziente nel corso di 12 anni presentò ben 16 volte il quadro completo della paralisi progressiva, ma tutte le volte guarì.

Parecchi autori si sono affannati a cercare i caratteri differenziali tra questa forma di pseudo-paralisi e la paralisi vera. I criteri migliori sono in realtà quelli che derivano dall'anamnesi, che può accertare l'abuso abituale e di lunga data degli alcoolici, e dal decorso, che è manifestamente regressivo nella pseudo-paralisi.

Compai valutando sulla frequenza dei vari sistemi hanno potuto mettere in rilievo la maggior frequenza di alcuni sistemi nell'una o nell'altra forma. Così Gouet pone in rilievo che le affezioni, l'atrofia muscolare, la retensione degenerativa sono più frequenti nell'alcolismo che nella paralisi. Bex ritiene come caratteristiche della pseudo-paralisi l'atrofia spessa, le piliaturazioni, il tremore e i disturbi di coordinazione, le sindromi calaveri, la diarrea, il rapido danneggiamento, la maggior frequenza e la minor entità degli accessi epilettiformi.

Più importanti e più significativi sono i rilievi fatti da Faneberg; egli ritiene che l'inizio in età avanzata, la rarità della rigidità papillare, la presenza di sintomi nevritici ben caratterizzati, punti dolenti alla pressione, non soltanto di anestesia ed altri disturbi obiettivi della sensibilità, la mancanza di disturbi vescicali e retali, dipendono a favore della pseudo-paralisi. Ma è evidente che su simili criteri non può mai basarsi una sicura diagnosi individuale, trattandosi sempre di sintomi che non sono infrequenti anche nella paralisi progressiva.

In realtà non si può fare che una diagnosi di probabilità: quando si sull'alcolismo manifesti dell'anamnesi; quando si possano osservare

disturbi nevritici in atto o tendere a tipo alcolico; e soprattutto quando in sindrome paralitica si presentino incompiute per danno di sintomi pupillari o della disartria o dell'anima, la diagnosi di pseudo-paralisi si presenta come assai probabile. Ma non può ad ogni modo venire accertata che successivamente, verificandosi un decorso regressivo ad un esito fatto revole.

La mancata dimostrata di stitide (per esempio in individui che non rifiutano mai contatti carnali) è un altro elemento a favore della pseudo-paralisi alcolica.

DELIRIUM TREMENS.

L'aspetto psicotico più caratteristico dell'alcolismo cronico è il *delirium tremens*. A torto esso è stato considerato come un fenomeno subacuto derivante da una sovraccaricazione o eccesso per abusi eccessivi. Assai spesso il *delirium tremens* si determina in modo indipendente dagli eccessi alcolici, potendo persino insorgere in un periodo di astinenza, ma esso scoppia costantemente sul terreno dell'alcolismo.

La sintomatologia del *delirium tremens* ripete nelle sue linee generali il quadro delle psicosi acute confusionali, cioè dell'amenza. Meynert lo definì addirittura come un'amenza nel corso dell'alcolismo cronico. Dopo un periodo prodromico, nel quale il paziente è irrequieto, insonne, di cattivo umore, depresso, o nel quale si manifestano anche ansiosi e ideologie elementari, come scrosci, stili, scintille, lampeggiamenti, insorge il periodo confusionale allucinatorio, caratterizzato soprattutto da ricchissime e caratteristiche allucinazioni visive. L'ammalato vede intorno a sé una grande quantità di figure allucinatorie in locomozione incessante: onnivori, bestie di ogni sorta, che si strappano per le pareti, invadono il letto, coprono la sua persona, riversano a frode lo spazio, ed egli cerca invano di allontanarle o di afferrarle. L'impressione che l'ammalato ne riporta è sgradevole o addirittura nozioniosa, ma qualche volta è anche piacevole e gata. L'ammalato è irragionissimo, ostinato al suo racconto, alla sua caccia, alla sua pesca mirabolica o alla spazzatura del suo letto che è divenuto il boscaglio della natura celeste, il teatro delle invasioni barbariche, il vivajo degli insetti. In questo stato allucinatorio tutto più lungo e illudenti, le persone presenti sono trasformate, appaiono in aspetto minaccioso, terrificante, e non di rado l'ammalato è violento contro di esse. Benché siano sempre preponderanti le allucinazioni visive, non mancano le uditive: fischi, ulii, parole insensate o minacciose, chiacchierate per nome. E anch'esse contribuiscono ad alimentare lo stato di agitazione in cui si trova il malato.

In questo periodo la coscienza è un po' ottundata, in istato cognitivo, si ha disorientamento grave. Di rado si giunge sino a perdere la nozione della propria personalità. L'ammalato è insomma, inquieto, angosciato, spaventato, in preda a vivo tremore caratteristico, da cui il nome della malattia. Ma ha momenti di completa lucidità (non appena svaniscono le immagini allucinatorie).

In una fase ulteriore possono accentuarsi i fenomeni allucinatori e l'agitazione motoria, e accompagnarsi con violenti e ripetuti accessi di convulsioni epilettiche. È frequente in questo stadio una elevazione di temperatura, che può raggiungere gradi elevatissimi di febbre deliriana (tranne febbre di DELAUNAY) e può precedere di poco la morte per accessi occorrenti di epilessia o per collasso. La febbre è dovuta talvolta a infezioni concomitanti, specialmente a polmonite, o a complicazioni renalì. In moltissimi casi l'urina contiene albumine, talvolta in quantità rilevanti.

Nella maggior parte dei casi non si giunge sino a quest'ultima fase, e si ha invece la guarigione (dopo un tutto *craceo* che può durare persino da 34 a 48 ore. Qualche volta dopo il tutto *craceo* e alcuni giorni di tranquillità e lucidezza, può insorgere un secondo accessodi delirium tremens. In ogni modo, la recidiva del delirium tremens è estremamente frequente: in certi alcoolisti si sono avuti 20 od anche più accessi.

Dopo svanito l'accesso, rimane ancora per parecchi giorni uno stato di prostrazione generale e l'apparato visivo è tuttora così eccitabile, che con la semplice compressione dei bulbi oculari si possono produrre allucinazioni (LIEPMANN).

Di grande importanza dal punto di vista pratico sono i molti casi in cui il delirium tremens, in luogo di presentarsi così la sua forma più completa e più grave, si limita ad uno stato di confusione allucinatoria assai più simile a quella che si osserva nei comuni casi di amenza. Questi casi attenuati di delirium tremens si distinguono tuttavia da quelli di semplice amenza per la minore gravità della confusione e del disorientamento e per l'abbondanza relativa delle allucinazioni. Talvolta le allucinazioni stesse si manifestano interrottamente, e nei periodi intervallari, che possono durare parecchie ore od anche dei giorni, l'umore dell'ammalato è sereno e la coscienza lucida. Oppure mancano del tutto le allucinazioni allucive, e le stesse allucinazioni visive non assumono l'aspetto caratteristico di figure multiple e serbenti. Quando questi forme attenuate si presentano associate con fenomeni nevrotici, si ha il quadro della così detta *psicosi polimerica* di Korsakoff. Ma un simile quadro si può verificare anche in altre forme di psicosi confusionali.

PATOGENESI.

Circa alla patogenesi dei disturbi nervosi e mentali che si osservano nell'alcolismo, si può dire che di essi la sola intossicazione acuta, l'ubriachezza, può considerarsi come un effetto diretto ed immediato dell'alcool sul sistema nervoso. Già nei casi di atterramento patologica noi abbiamo la cooperazione di fattori interni, come la degenerazione nervosa e l'epilessia latente.

Quando ai sintomi dell'alcolismo cronico, non può essere attribuita all'azione diretta dell'alcool se non in parte. Ognuno di questi sintomi si presenta per parecchio tempo dopo un'astinenza assoluta, e non solo nel suo aspetto negativo, cioè come fenomeno di difetto, ma anche come fenomeno irritativo. Bisogna dunque ammettere che l'alcool possa produrre alterazioni generali ed ignote del ricambio che alla loro volta si ripercuotono sul sistema nervoso. D'altra parte l'alcool, come offende il sistema nervoso, lede molti altri apparati organici, lo stomaco, il fegato, i reni, le cui alterazioni funzionali non possono essere indifferenti per il sistema nervoso. Ed è anche certo che i disturbi nervosi sono sempre più accentuati in quegli alcoolisti abituali, la cui nutrizione generale ha maggiormente sofferto, come avviene quando sono compromesse le funzioni gastriche, renali ed epatiche.

Ma la patogenesi indiretta è soprattutto evidente nel delirium tremens. È assodato che l'accesso di delirium tremens può scoppiare in un periodo di completa astinenza, ed anzi talvolta è appunto l'improvvisa astinenza che può apparire come l'unica causa diretta dell'accesso. Alcolisti imprigionati e costretti improvvisamente al regime carcerario vanno facilmente incontro al delirium tremens. Su queste osservazioni si è anzi fondata l'opinione, certamente eccessiva ed unilaterale, di alcuni autori i quali considerano il delirium tremens come un fenomeno di astinenza negli alcoolisti.

L'accurato esame di numerosissime cose ha infatti concordemente tutti gli autori a rilevare la eccezionale importanza che hanno le cause debilitanti nel determinare lo scoppio del delirium tremens. Spesso si tratta di infezioni, soprattutto della polmonite, di trauma, di spavento, di strapazzo psichico, di contrarietà. Sicché l'alcool non farebbe che preparare il terreno, indebolendo l'organismo e predisponendolo all'influenza di svariate cause morbose. È soprattutto verosimile che si tratti di una alterazione del ricambio determinata dall'alcool e che ha per risultato una intossicazione interna (KRAEPPELIN).

Importantissimi sono da questo punto di vista i reperti ematologici di ELTZOLZ. ELTZOLZ trova nel delirium tremens una spiccata leucocitosi, che svanisce durante la convalescenza; anzi in questo periodo i leucociti discendono al di sotto della norma. Prevvalgono i linfociti polinucleari, neutrofili, sui monocitocitari; e la proporzione si inverte pochi giorni dopo il sonno critico. Le cellule eosinofile nell'acme dell'accesso scompaiono del tutto o sono fortemente ridotte di numero, ricompaiono ed aumentano di numero nel sonno critico o subito dopo; e ciò tanto nei casi con febbre come in quelli interamente afebrili. Dande apparisce che debba entrare in gioco una sostanza tossica che non è l'alcool, perché l'alcool per sé stesso non determina affatto leucocitosi. Forse si tratta di una sostanza tossica analoga alla tossina pneumococcica, perché nella pneumonite si ha un reperto ematologico assai simile. ELTZOLZ richiama l'ipotesi di MAHUR sull'aspirazione mortuaria, secondo la quale lo sferimento della privazione agglutinerrebbe all'ossimorfina, antagonista del morfina (v. pag. 286). Analogamente nell'alcolismo si produrrebbe una sostanza tossica capace di essere neutralizzata dall'alcool, ma che spiegherebbe la sua naturale influenza in casi di astinenza. L'alcolismo cronico troverebbe la sua causa nella familiarità di questo circolo vizioso tra l'azione primaria dell'alcool come veleno e la sua azione secondaria come contravveleno. Così sarebbe avvalorata anche l'ipotesi che considera il delirium tremens come fenomeno di astinenza. Se non che, mentre è vero che il delirium tremens può insorgere malgrado l'astinenza, non è ammissibile che esso ne sia causato. E in ogni modo quest'ipotesi non è un complemento necessario dell'ipotesi vecchia basata sul reperto ematologico.

Moritz ancora «considerazione l'ipotesi di BRITZ, il quale, avendo osservato la straordinaria frequenza dell'alluminuria nel delirium tremens, ritiene che questo sia un effetto di insufficienza renale, un sintomo della intossicazione alcolica. Nei casi di delirium tremens associato a polmonite non sarebbero le lesioni della polmonite che danno la spinta all'accesso, ma l'accesso sarebbe determinato da una nefrosi concomitante. Ora è indubitato che le lesioni renali sono frequentissime nel delirium tremens; ma siccome peraltro esse non sono costanti e anche anatomicamente non si riscontrano spesso in tale grado da spiegare l'insufficienza renale, è più verosimile che le lesioni renali siano un effetto concomitante, un fenomeno mistico, non già la causa dell'accesso di delirium tremens.

Sicché in conclusione, per essere fondatissima l'ipotesi generica che attribuisce al delirium tremens ad una intossicazione secondaria che è determinata dall'alcolismo, non si può venire a precisare in modo particolare di che intossicazione si tratti.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Il reperto anatomico-patologico dell'alcodismo comprende da un lato alterazioni che possono riferirsi alla intossicazione cronica e sono stabili dell'altro alterazioni che vanno collegate ai fenomeni acuti e subacuti degli ultimi giorni nel caso che la morte sia avvenuta in un accesso di delirium tremens. Si intende che la morte può d'altra parte essere determinata da ogni sorta di malattie intercorrenti, che portano naturalmente le loro lesioni caratteristiche.

All'osservazione macroscopica sono le alterazioni di natura cronica che si offrono più facilmente. Aprendo il cranio, si può osservare ipertrofia-assottigliamento delle ossa, pedunculunghe esterne ed interne. La pedunculunghe calcareosa interna è un reperto tra i più frequenti negli alcoolisti inveterati. Nel cervello si possono osservare alterazioni alterazioni dei vasi, suffusioni sanguigne sottodureali, e, se vi fu delirium tremens, emorragie postfrontali. Lo stomaco presenta i caratteri della gastrite atrofica; il cuore è spesso ingrandito, dilatato, flaccido, degenerato; il fegato presenta degenerazione grassa più o meno accentuata, spesso un grado di sclerosi atrofica considerevole; la milza è frequentemente ingrandita, ipertrofica; i reni con sole di atrofia interstiziale.

Più importanti sono le lesioni cerebrali che si riscontrano col microscopio. Infrazioni recenti e intraprese con tecnica perfezionata, soprattutto col metodo di Nissl, Marchi, Weigert, per opera di Takuma, Rosenow, E. MEYER, CAMIA, hanno messo in luce qualche fatto nuovo e non privo d'interesse. Nella corteccia cerebrale si scorgono qua e là, solitamente, cellule più o meno atrofici in mezzo ad elementi normali. Assai diffuse sono invece le alterazioni acute che si osservano nel delirium tremens. Si tratta di una tipica reazione acuta da parte della cellula nervosa, con disgregazione e diminuzione della sostanza cromatica, che interessa largamente ogni categoria di elementi corticali. Le grandi piramidi e qualche volta esclusivamente le cellule di Betz presentano in abbondanza il reperto caratteristico della reazione alla forma del cilindrasse (fig. 63). Questo tipo di alterazione si riscontra anche nelle altre forme di picros tossica confusionale, nella pellagra e nell'asma; ma nel delirium tremens è altrimenti più frequente. Lo stesso tipo di alterazione si riscontra anche nelle cellule delle corna anteriori e in quelle dei gangli spinali, cosí è un indice delle lesioni polinevriniche; si direbbe per ciò che la stessa intossicazione che loda le fibre periferiche e determina la polinevrite atrofica, anche le fibre lunghe dei centri nervosi, specialmente quelle del sistema pirami-

tile, determinando nei centri alterazioni corrispondenti. La lesione delle vie piramidali è in ogni modo sempre più lieve o meno evidente che quella dei nervi; talvolta non è rilevabile con alcuno dei mezzi di ricerca. Si direbbe in questi casi che debbano esser lese le estremità neurofibrili spinali delle fibre piramidali, o che da simili alterazioni, non ancora verificabili con gli attuali mezzi d'indagine, derivino le caratteristiche reazioni delle cellule. Del resto in molti casi il metodo di Marchi basta a mettere in evidenza nella corteza raggiata la presenza di un discreto numero di fibre degeneranti. È probabile che queste fibre corrispondano a cellule corticali che hanno subito, al di là della fase di reazione, un vero processo distruttivo. Anche nella sostanza bianca del cervello si riscontrano fibre degeneranti.



Fig. 82. — Cellule piramidali, grande e piccola, della corteza sensoria (in sezione coronale) a distanza del cilindraseo, in un caso d'alcolismo (da M. Tassin).

Il metodo di Weigert per la mielografia in certi casi non lascia scorgere alcun cambiamento; in altri invece permette di osservare una proliferazione di fibre. Questo aumento di mielografia deve esser considerato come l'indice di un processo cronico che ha per sede i centri; esso sta più in rapporto coi fenomeni cronici dell'alcolismo che non coi fenomeni acuti del delirium tremens.

Nel cervello può mancare ogni alterazione delle vie lunghe anche se nella corteccia cerebrale vi sono segni sicuri che le cellule di Betz hanno reagito infortunatamente. Non è peraltro infrequente una lesione primitiva delle vie piramidali, la quale può anche essere complicata da diffuse degenerazioni secondarie di fibre, simili a quelle che si osservano col metodo di Marchi nella corteza raggiata (fig. 84). Il fenomeno della reazione a lesioni del cilindraseo, oltreché nelle cellule della corteza anteriore, si osserva

molto di frequente nelle cellule delle colonne di Clarke. Nei cordoni posteriori e specialmente nei fasci di Goll sono comune le degenerazioni assennate, che accompagnano ordinariamente i casi involutivi di polinevrite alcolica.

I nervi periferici sono spesso sede di neurite prevalentemente od anche esclusivamente perineuriale. Tutti i nervi possono essere colpiti, ma la è con speciale predilezione il nervo peroneo. Si osservano pure tutte le lesioni caratteristiche della fibra nervosa, dalla più leggera neurite periaxiale alle forme gravi di degenerazione assennate che dipendono da



Fig. 31. — Midollo dorsale con degenerazione parziale dei fasci posteriori in un caso d'alcolismo. Metodo di Weigert (da M. GARD).

interruzione fisiologica. Si può anche osservare semplice atrofia primaria della guaina mielinica con conservazione del cilindroass. Il processo nevritico è in ogni caso più spiccato nei piccoli nervi periferici che nei grossi tronchi centrali.

Nei neuroni si osservano lesioni degenerative secondarie alla lesione delle fibre motrici. SENATOR e SEMBRAZZO ammettono inoltre una speciale forma di mielite, che sarebbe primariamente determinata dall'azione dell'alcool.

C U R A .

La cura dell'alcolismo ha come base necessaria e come mira principale la soppressione radicale dell'abitudine al bere. Ben diversamente da quanto avviene in altre intossicazioni croniche volontarie, come ad esem-

più il morfinismo, la soppressione completa dell'alcool non dà luogo associatamente a fenomeni morbosì; per l'alcolismo non vi è un quadro di fenomeni da astinenza. Pare bensì che in alcolisti denutriti l'astinenza improvvisa possa determinare alla seconda o terza giornata lo scoppio del delirium tremens; ma simili accessi, che non sono soggetti a rinunciarsi, decorrono in modo più blando e breve dell'ordinario (Bossonovici). Anche il delirium tremens, nel quale da alcuni clinici si fa eccezione alla regola e si continua la somministrazione d'alcool a piccole dosi per evitare fenomeni di collasso, sopporta nella grandissima maggioranza dei casi la soppressione dell'alcool senza che nasca alcun inconveniente. Nelle forme peggiori di delirium tremens la tendenza al collasso non è più pericolosa né più frequente che in altre intossicazioni, come quelle di tifo pellagrico e di emenza grave. Essa dipende non dalla soppressione dell'alcool, ma piuttosto dalla intossicazione interdetta che ha provocato l'accesso e dellesaurimento nervoso che ne è stato l'effetto in seguito all'agitazione o a ripetuti accessi epilettici. E in ogni modo la tendenza al collasso può essere contrastata più efficacemente colla caffeina e con la camfora.

Per combattere l'intensa agitazione e l'insomnia nel delirium tremens sono state suggerite numerosissime sostanze. Dei comuni ipnotici si ricorre preferire a sulfonal, il trional, la paralalde. Il cloralo è meno indicato, tuttavia si dà qualche volta in forti dosi allo scopo di troncare bruscamente l'accesso. Allo stesso scopo sono stati suggeriti il metilal per iniezioni di 0,10 ogni due ore sino ad ottenere il sonno (Kraus-Eisner) e il cloruro di ammonio a forti dosi (Corradi). Queste cure energiche e quasi violente saranno certamente efficaci in molti casi, ma non sono certo da preferire a mezzi più blandi, tanto più che una semplice cura aspettativa e sorvegliante, unita a dieta corroborante, prevalentemente lattica, dà l'ordinario ottimi risultati. Tuttavia è opportuno nei casi di viva agitazione, di allungamento termico e di convulsioni ricorrere sia all'uso dell'oppio per via interna o per iniezioni, sia alla morfina.

Nel periodo postaccessuale gravano piccole dosi di stricnina, e così pure nell'alcolismo cronico.

A prevenire le ricadute è utile che l'alcolista rimanga in cura sino a che siano interamente dissipati i disturbi gastrici e che la nutrizione sia notevolmente migliorata. Bisogna inculcare agli ammalati la più assoluta astinenza. Il concedere un uso anche moderato di alcoolici è naturalmente felice perché dall'uso moderato si passa troppo facilmente, anche senza la coersione, all'abuso. Compito del medico deve essere di fare dell'alcolista un allenato. Questo compito è difficile in Italia, ove gli alcoolici passano per istintuali come meteoze per pochi giorni, e la loro promiscuità con altri mali impedisce di sottoporli ad allenamenti di asperanza assoluta.

Queste almidini non possono essere ridivate che in apposite case per alcolisti, come ve n'è in gran numero all'estero. A prevenire le ritalute e a ribadire i propositi di astinenza FOUET, BONNE, STEGMANN si giovano col successo dell'ipnotismo.

PROFILASSI SOCIALE.

L'alcolismo, come causa di devianza individuale e della razza (la prole degli alcolisti è spessissimo affetta da idiozia ed epilessia congenite) e perciò di delinquenza o di miseria, è una tal piaga sociale, che ha ispirato provvedimenti d'infelice legislativa, oltrechè una continuo e crescente campagna di propaganda anti-alcolica.

A lei non poco son valsi i mezzi legislativi: le sanzioni penali hanno scarso effetto su individui decaduti moralmente, privi di inhibizioni sociali e abituati dal vino. Dal resto esse trovano quasi sempre un'applicazione assai indulgente: in Italia l'art. 488 del codice penale punisce soltanto l'ubriachezza in luogo pubblico, ma anche con questo limite l'articolo non è stato mai applicato. Altri provvedimenti legislativi sono diretti a frenare il consumo, imponendo forti tasse di produzione, l'obbligo delle patenti per lo spaccio degli alcolici, e un numero prestabilito di spacci. In alcuni Stati è proibito di bere sul luogo della vendita. Questi provvedimenti hanno dato ottimi risultati fiscali, ma non hanno impedito l'incremento dell'alcolismo. Non si può perciò escludere che forse senza di essi l'increscioso sarebbe stato anche maggiore.

Più efficace è stata l'azione delle società di temperanza che con la propaganda contra le sale, ed anche assicurando vantaggi materiali agli aderenti — in America alcune società di assicurazione accordano il 10 per cento di rilievo agli aderenti —, sono riuscite a limitare il consumo degli alcolici, e più che altro a costituire dei foci nuclei di astinenza, che spargono silenziosamente il salutare contagio del buon esempio. Più efficace d'ogni altra pure sia stata l'azione delle società di temperanza nella Norvegia e nella Svezia. Queste società monopolizzano il mercato delle bevande alcoliche, ma contrappongono allo spaccio degli alcolici quello di bevande igieniche a basso prezzo. Ai consumatori di alcolici è proibito di trattenersi e di consumare sul luogo, mentre agli altri consumatori sono offerti vini e cordoni locali, sale di conversazione e di lettura, e si fa anche credito. L'azione di questa propaganda antialcolica ha fatto scendere il consumo nella Svezia da litri 6,2 all'anno per abitante (nel 1870) a litri 4,4 (nel 1890); e in Norvegia da litri 2,4 a litri 1,5.

Tuttavia non è da sperare che con questi mezzi, del resto modestissimi e degni del massimo incoraggiamento, si possa giungere ad estirpare la piaga dell'alcolismo. Essa ha profonde radici sociali nel basso tenore di vita delle classi operaie e nello sfruttamento intensivo delle energie umane che è una conseguenza della odierna lotta industriale. Solo lo progressivo rifiorire nell'organizzazione della produzione industriale e di tutta la società coordinata ad un progressivo elevamento delle classi operaie possono condurre allo scopo.

Quando potrà essere meno imperiosa la richiesta di lavoro e l'operaio avrà tempo di educarsi, d'istruirsi, d'attendere agli interessi pubblici e di coltivare ideali elevati, la tendenza all'alcolismo scemerà spontaneamente e non si affermerà che in pochi occorritizi alliti da una prolessione costituzionale.

Il morfinismo

Quarant'anni fa non si conoscevano morfinisti, ma soltanto oppioidi: oppioidi europei ed americani, cioè bevitori di laudano, ed oppioidi cinesi, cioè fumatori d'oppio. Il morfinismo è una malattia moderna, che compare quando fu introdotto in Europa l'uso delle iniezioni sottomuscolari. In principio, i medici somministravano la morfina spensieratamente senza avvertire e senza sospettare i pericoli dell'abitudine; i primi casi di morfinismo furono descritti non come esempi d'avvelenamento, ma come gravi singolari di tolleranza per alte dosi di morfina (un grammo e più al giorno). Oggi le sinistre di Pravaz si trovano dappertutto, i morfinisti le adoperano da sé con perfetta conoscenza dell'asepsi, e il morfinismo si è vulgarizzato. Persino nel paese chiuso dell'oppio, in Cina, s'infiltra senza il morfinismo, che è più economico e più spicciativo, perché la pipa turca o narghilé non si può fumare che in casa, stando seduti; e a Hong-Kong vi sono apposite botteghe, dove si fa con ambiduosamente un'iniezione di morfina per due soldi. Del resto tra gli effetti clinici della morfina e quelli dell'oppio non vi è gran differenza.

PATOGENESI.

Esista un centigrammo di morfina (colorato o soluto), iniettato sotto la pelle, per produrre in un uomo non indurito al vizio un benessere profondo e caratteristico. La parola *euporia* si pretende coniaa appositamente (da LARIVE nel 1871 o piuttosto da LEVINSTEIN nel 1875) appunto per indicare il benessere meraviglioso di chi ha in corpo qualche centigrammo di morfina. Questo benessere deriva da un eccitamento attivo, ma leggero, generale ed armonico di tutte le coscienze e di tutte le funzioni corporali, a cui si somma la cessazione completa e immediata di tutte le sofferenze anteriori, se ve n'erano. Le lesioni della peritonite svaniscono e cedono il posto a rosee illusioni; la poliartrite si ammansa e permette di muovere senza gran pena le membra dolomiti; le nevralgie, o almeno certe nevralgie e in certi malati, si sospendono come per incanto. Il benessere della morfina penetra ogni fibra dell'organismo, lo allievera di dolcezza e trasporta lo spirito nel mondo dei sogni, ma senza ottundarlo come nell'euforia melenza dei paralizzanti, come nell'allegrezza scottica degli ubriachi, come nell'eccitamento irrequieto e rumoroso dei mandati.

Questa specie di felicità effimera, sia senza rabi, richiede una costituzione tollerante; ma anche in tal caso non scorre pienamente che ai morfinisti d'occasione ed ai novizi. L'intolleranza è abbastanza frequente e si manifesta con nausea, vomito, capogiro, lipotimia e sonnolenza; ma condiziona subito al sonno, da cui si esce permanentemente guariti. I morfinisti inveterati sono invece paragonabili ai marinai che, o per refrattarietà congenita o per abitudine, non patiscono il mal di mare. Ma in cambio di questa intolleranza immediata e ammantatrice, essi provano, superato il parossismo dell'euforia, che dura qualche ora o anche meno, un malessere immenso, un abbandono disperato, uno sgomento ignoto ai principianti, e che per disperanza non cessa se non ricorrendo ad una nuova iniezione. Inoltre la nuova iniezione dovrà raggiungere una dose più alta o una ricorrenza più affrettata della precedente per determinare l'effetto desiderato. Così si perpetua un circolo vizioso, che fa del morfinismo un'abitudine fatalmente progressiva. Il malessere caratteristico del morfinista d'abitudine, non potendo placarsi che con la morfina, assume l'aspetto della sete inestinguibile, del digiuno, dell'infamezza forata, dell'assuefazione, della morfosissia: e questi nomi terribili, col loro significato di necessità impellente, d'ossessione attiva, d'impulso incoercibile, dicono chiaramente lo stato angoscioso e contraddittorio dei malati, che nella morfina

trovano insieme la causa e il rimedio dei loro mali, ma più la causa che il rimedio.

Infatti i morfismi d'abitudine sono dominati non tanto dal desiderio di godere l'elettrezza morfina quanto dal bisogno di liberarsi dal malessere morfino. Per essi l'azione diretta e piacevole della morfina si fa sempre più debole, tanto che debbono aumentare la dose e che a lungo andare finiscono bensì col risentire sollievo, ma non un godimento positivo, invece non s'infellicisce mai, anzi cresce continuamente il disgusto dell'autoiniezione. Senonché la morfina, quando sorpassa le minime dosi o quando le dosi successive si accumulano, sviluppa un'intossicazione secondaria trasformandosi in ossiacetina (Maass). Di questo veleno secondario la morfina è in pari tempo la sorgente e l'antidoto. Ma, mentre l'organismo si abituerebbe abbastanza bene ai primi effetti della morfina, l'azione supressiva dell'ossamorfina non è tollerata. Il potere della morfina come antidoto va decrescendo, la sua portata come sorgente del vero veleno invece resta invece inalterata; per rinforzare il rimedio si è dunque costretti ad aggravare il male. E questo, a parte l'interpretazione chimica di Maass, è il vero cardine del morfismo e della sua simpatologia.

SINTOMI.

Prescindendo dalle crisi periodiche d'amorfismo e dall'elettrezza positiva del morfismo consolidato, l'intossicazione morfina provoca o suscita scatenata anche una serie di lente metamorfosi organiche, che terminano con la cachessia. Così ai vari quadri o momenti clinici del morfismo se ne aggiunge un ultimo, che tende alla costanza e che finisce per sovrachinare i rimanenti. La simpatologia complessiva dell'intossicazione si può dunque scomporre come segue:

A) Quadro dell'intolleranza morfina: breve, poco importante, proprio del morfizzato inesperto. Dopo mezz'ora dall'iniezione comincia la nausea con vertigini, vomito, sonnolenza, ed eccezionalmente (intolleranza morbosa) con discromatopsia, allucinazioni e delirio. In capo a qualche ora ed anche prima un lungo sonno riparatore riconduce il malato allo stato normale senz'alcun residuo e senza il menomo inizio di rinnovata setti morfina. I malati gravi sono meno intolleranti dei normali e possono facilmente godere un beneficio spesso negato ai semplici dilettanti d'autoiniezioni trivie. I bambini sono assai più intolleranti dei vecchi, indipendentemente dalla mole del corpo.

B) Quadro dell'enfasi morfina: effimero, poco accentuato nei morfisti d'abitudine, si presenta immediatamente uno o due minuti dopo

ogni iniezione, ed è la reazione più caratteristica, ma non la più importante, alla morfina, da parte di tutti coloro che sono sofferti d'intolleranza. Si chiudono le porte alle sensazioni dolorose o malessi, soprattutto a quelle che costituiscono la sete morfinaica, e il soggetto dimentica ogni noia. Le membra pesano più leggere, sale al capo un piacevole tepore, il corpo è tutto inteso da un senso di agevolezza, scompare ogni idea di sforzo e di fatica: la creazione e l'elaborazione delle idee si svolgono più vivaci, più agili, senz'alcuna pena; si ridgono rapporti lontani tra le cose, si aumenta il *brav* del lavoro mentale ed anche fisico, e l'individuo può scrivere, parlare, discutere senza riposo (MORFISTI). Questo benessere è più intenso nei morfisti novizi, mentre nei morfisti vecchi alleniati si avvicina assai (almeno sabbettivamente) alla mediocrità sbiadita delle condizioni ordinarie.

Ci. Quadro dell'amorfismo (dell'asimorfismo?), pensoso, arioso, roto a scomparire con altri mezzi dalla morfina infusa. La vita del morfista abituale è un'alternativa continua di due stati opposti, per cui ad un'euforia sempre più debole succede un necessariamente asimorfico sempre più grave. Il bisogno di morfina si fa così imperioso, che assume il carattere dell'ossessione irresistibile o talvolta trascina, come tutte le ossessioni, a ragioni inadeguate o persino volonte. In certi casi gravissimi scoppia lo stato d'eccitamento, il *desir* frenetico, che ha analogie con quello dell'alcodismo (LEVINSTEIN). In casi meno gravi si vedono morfomani a cui è necessario e fastidioso, per il momento, lo sdogo della semplice: puntura o iniezione d'acqua pura, che agisce come un'alluvione volontaria od anche come un inganno di cui il malato non si accorge; tanto è ossessiva con tutti i suoi particolari l'immagine dell'iniezione. Del resto, durante lo stato d'amorfismo i malati non sono tormentati soltanto dalla sete psichica della morfina, ma anche da una serie di sofferenze materiali e d'incomodi sfenici: nausea, vertigini, gastralgia, brividi, irritabilità, impulsività; e talvolta da convulsioni, deliri, amantrosi, allucinazioni, sudore, sudor freddo, aritmie del polso, tendenza al collasso, albuminuria e glicosuria. Ma il sintomo culminante dell'amorfismo è la distruzione della volontà, rifotta allo stato di monotonia o di apatia. La minaccia del morfista in stato d'amorfismo si esplica con l'oblio della retitudine, della dignità, dell'intelligenza, e prepara cammichi, rinosi, timori, che gli annovereranno il periodo del soddisfacimento. Il morfomane, prigioniero della casa di salute o della istituzione o della miseria, commette qualunque basszza per di procacciarsi la morfina: si racconta di uomini che discosero alla frode, al furto, alla violenza, ai donne che si prostituirono per questo scopo. E poi come fra i morfisti la menzogna nell'indicare le dosi e la frequenza delle iniezioni.

Di Quadro della coechesia morfinica: permanente, progressiva, ma assai lento a maturare. Con la sua tendenza a rendersi stazionario questo quadro attonna sempre più i quadri precedenti, perchè si sovrappone alle crisi dell'una e dell'altra specie, confondendone un po' i caratteri e distruggendo il loro violento antagonismo. Il morfinista sovraaccario di veleno cronicamente accumulato dimagra in modo spaventevole; la sua pelle è un mosaico di punture e di morsi; talvolta sopravviene l'ertisipela; l'aspetto è decrepito. La sensibilità è più ottusa, il corpo indebolitissimo più circoscritto, e il malato è rassegnato alla sua sorte. Non solo, ma qualche volta insorgono allucinazioni e deliri che alterano profondamente l'intelligenza. Se da una parte i malati non provano più il disagio acuto dell'intolleranza iniziale, né il malessere soffribile dell'ammorfinismo, perchè non rifuggono dal soddisfarlo prontamente con iniezioni senza misura (e hanno ormai considerato tutto il resto della propria intelligenza ed organizzando il modo, non godono nemmeno la volontà dell'ulcera, a risvegliare la quale occorrerebbero dosi più alte ancora. Nel periodo terminale di coechesia l'anore è sempre zero; si fanno frequenti i crampi muscolari e le convulsioni, è costante la nausea, i riflessi patellari si rendono clonici, il polso è piccolo e irregolare, la termogenesi manca. Talvolta i morfinisti soffrono di diarrea, catarro cefalo-nasale, alterazioni dentarie, edemi, emorragie del naso, della bocca, dell'utero.

Spesso l'eccezionalità genetica, che nel morfinismo cronico si assopisce, va soggetta a risvegli improvvisi durante lo stadio terminale. Ciò dà luogo, come nella fermenta senile, a sogni voluttuosi, a peripissio ed a pervicimenti sessuali.

La morte avviene in generale per infanzia; talvolta per paralisi del centro respiratorio; talvolta per avvelenamento acuto — involontario, semi-volontario o deliberato mediante un'iniezione a dose letale —; e spesso per complicazioni mortali, che insorgono più facilmente in un organismo debilitato; tra queste è da ricordare l'infezione purulenta.

CONCLUSIONE.

Vi sono morfinisti che si potrebbero dire *spartei* o che soggiacciono al vizio per un'attrazione irresistibile verso gli eccitanti in genere e verso gli eccitanti costosi, aristocratici, romanzeschi in particolare. La trascesa la libidine di vivere e di godere intensamente, la voglia sfrenata di emergere sugli altri, l'ambizione di sfuggire una sensibilità più squisita, un'intellettualità più raffinata, un'attività più irrequieta di quelle spiegate spontaneamente dagli uomini equilibrati, intelligenti e sani. Il morante di questi *spartei* del morfinismo è dunque lo *evolucion*, ossia la vanità.

Ma la massima parte dei morfiniti ha tutt'altra origine. Vi sono individui che soffrono di malattie dolorose e croniche, come la febre, o subacute e periodiche come le *neuralgie*, o che, divenuti morfiniti per necessità, continuano nell'uso della morfina per divertimento. Vi sono i morfiniti per *nevrostesia*, spinti all'abuso dall'insuccesso di ogni rimedio. Vi sono i morfiniti per *autolisis*: gli spiriti deboli, coloro che convivono con morfiniti, le mogli e i clienti di medici morfiniti. I medici stessi che debbono esporre (specialmente in campagna) a tanto indifferente e che possono con facilità procacciarsi la morfina, figurano sempre tra i primi, in tutte le statistiche del morfinismo. Il morfinismo nell'opinione pubblica è meno ignobile dell'alcoolismo e raccoglie vittime più elite: da un lato il moriente del morfinismo non è raro come quello dell'alcoolismo, anzi talvolta è sensibile; dall'altro le sue conseguenze sono più drammatiche e più interessanti, perchè il morfinaista ha la consapevolezza e l'orrore della propria sventura.

CURA.

La cura del morfinismo è doppia: da un lato si ricorre ai sostitutivi innocui, specialmente al *lysolo* o *codalio* (*lexovox*), dall'altro al *diverzamento* sistematico.

Si conoscono tre metodi di diverzamento:

1.^o Metodo *breve*: crudele perchè porta al parossismo le sofferenze dell'amicetismo; pericoloso perchè la privazione improvvisa della morfina può condurre al collasso; non è da adottarsi che in via affatto eccezionale, su morfiniti robusti, da poco dediti alla morfina e che ne consumino dosi insignificanti.

2.^o Metodo *lento*: incerto appunto per la sua lentezza e soggetto ai danni dell'imprevisto, non è consigliabile che sui morfiniti estenuati dalla cachessia e su quelli che, liberati dal morfinismo, rimarrebbero in balia di dolorose infermità organiche, come la tife dorsale, i tumori cerebrali, i neoplasmi progressivi dello stomaco. Anzi, se queste infermità sono assai dolorose, se la morte è inevitabile, o se per di più è a breve scadenza, non è il caso di tentare nemmeno il diverzamento in piccolo. Questo metodo si applicherà ai morfiniti di vecchia data e assai deperiti, riducendo giornalmente la razione di morfina in ragione di due, tre centigrammi o poco più. Del resto, le difficoltà non cominciano che quando si è discesi alla dose minima di 10 centigrammi al giorno. Talvolta si arriva allo zero, ma si è poi costretti a ricominciare.

3.^o Metodo *rapido*: consiste nel ridurre di giorno in giorno la razione

di morfina con diminuzioni in serie, partendo dalla dose massima a cui il morfinista era arrivato. Questo metodo razionale conduce con sicurezza e senza pericolo alla soppressione totale della morfina in capo a cinque o sei giorni; e in dieci giorni se la dose era di 1 gr. e mezzo o 2. Poco si deve ad ERLANSMAYER, che per primo lo preconizzò e che lo usò largamente nel suo Sanatorio. Ma la soppressione della morfina non è ancora la guarigione, perché il disvezziamento sia sopportabile e durevole occorre un periodo di consolidamento.

La cura del morfinismo richiede da parte del medico fermezza, autorità, abnegazione e una sorveglianza continua per mezzo d'infermieri edotti, incorruttibili e ben pagati: perciò non è possibile che in case di salute bene organizzate o speciali, come quella di ERLANSMAYER, i morfinomani siano straordinariamente proclivi alla ribellione, alla colluttina, alla frode ed alla menzogna per procurarsi di contrabbando la morfina, per ingannare l'avvertita ricoverata, o per liberarsi da una cura opprimente. Altrimenti, conoscendo il metodo di disvezziamento rapido, denunziano una reazione alquanto superiore alla loro, per arrivare più tardi alla privazione completa; e così si guadagnano una giornata d'argia con l'assentimento del medico. Il procedimento usato da ERLANSMAYER è il seguente:

METODO DEL DIVEZZAMENTO RAPIDO.

Dose abituale	12 a 20 gr.	20 a 40 gr.	40 a 50 gr.	50 gr. e 1 lib.	1 a 2 lib.
1. ^a giornata	8	15	25	30	50
2. ^a -	6	12	15	20	30
3. ^a -	5	10	12	15	20
4. ^a -	5	8	7	12	15
5. ^a -	2	4	4	8	10
6. ^a -	1	3	3	6	8
7. ^a -		2	2	4	5
8. ^a -		1	1	2	2
9. ^a -				1	1

3.^a Metodo dei sostituti. Consigliato da ORNSTEINER, questo metodo non è che un complemento della demorfizzazione graduale. Non bisogna confondere il metodo di ORNSTEINER con la sostituzione empirica ed imprudente d'un veleno mediante un altro veleno qualunque, come il cloralo, l'alcool o la cocaina. Per rendere tollerabile lo stato d'amorfismo ORNSTEINER, che applica il metodo del disvezziamento rapido, somministra bensì la cocaina, ma sempre per bocca e solo in momenti di estrema agitazione: la dose è rifratta, non supera mai il mezzo grammo in una giornata, e dovrà decrescere di giorno in giorno. Si accompagna questo sostituto con quella, ben più efficace e meno pericolosa, del bagno

caldo: i malati in stato d'angoscia amorfica stanno per 5, 10, 15 minuti nell'acqua a 36°, e poi passano all'affusione fredda ed al lenuolo bagnato anche per un'ora o due.

Più completo, più sicuro, e meno insopportabile per i malati è il metodo che consiste nell'impiegare tutti i mezzi che si conoscono allo scopo di rendere nulli gli inconvenienti soggettivi ed obiettivi dell'amorfismo. La digitale e la spartina prevengono il collasso; e per giudicare quando è il momento di adoperarli, si terrà l'occhio al contegno del pobo. Qualche volta si ricorre alla trinitrina (qualche goccia di soluzione sulla punta della lingua) o si dà a respirare la piridina. MATTHEW usa il bromuro di sodio, la codina e il trional; BRUNATI la doleisina.

Ma il mezzo più efficace e più razionale di combattere le sofferenze dell'astensione è quello di trattare i malati con le acque alcaline. La mortina (iniettata per via ipodermica, come dimostrò COHN ALI, si elimina per la via dello stomaco; e HIRZO, visitando lo stomaco con la sonda, verificò un eccesso d'acidità nel sacco gastrico, che è causa della nausea, del vomito e di parecchi fra i più disagiati fenomeni dell'amorfismo. Questa verifica di fatto condusse al metodo della così detta *desmorfinizzazione chimica*, suggerito da HIRZO e largamente applicato da EULENBERG. L'acqua minerale preferibile è quella di Vichy.

Si deve prendere in considerazione anche il procedimento sintetico della psicoterapia, che si basa principalmente sulla suggestione ipnotica e che costituisce una specie di desmorfinizzazione morale. Io l'ho applicato con fortuna, ottenendo una guarigione radicale in pochi giorni, ma passo per passo e senza combattere la morfinomania troppo direttamente. A tal fine è necessaria l'ipnosi completa con amnesia successiva, non ingerta se spontanea o comandata; solo allora le suggestioni riescono veramente efficaci, per quanto ardite e spinte oltre al dominio delle funzioni volontarie. L'ipnotizzatore potrà ispirare l'appetito, il sonno od ora fissa, il coraggio, il buon umore, la voglia della fatica, l'elevenza della cenestesi, e preparare così il terreno all'abbandono spontaneo della morfinia per mancanza del bisogno elettrico o addirittura per repulsione, senza esporre l'ipnotizzato alle pene dell'ascetismo, né al rischio d'una contro-suggestione improvvisa e categorica, che, non riuscendo efficace, comprometterebbe la cura. Infatti, quando l'ipnotizzatore urta violentemente la volontà o gli istinti o le abitudini del suo soggetto, ne perde ben presto il rispetto e la simpatia: senza questi requisiti la suggestione scema di efficacia e a lungo andare lo stesso sonno ipnotico finisce col rendersi del tutto impossibile.

Cocainismo

Nel 1880 BARKLEY propose la cocaina come sostituto della morfina e quindi come rimedio al morfinismo. Da quell'epoca nacque e si diffuse in un attimo il cocainismo, ma sempre accompagnato o in coda al morfinismo, di cui è l'ombra e lo scudiero.

Gli effetti del cocainismo sono più profondi e più rapidi di quelli che produce il morfinismo, ma assai simili. Tranne la maggior gravità, il cocainismo non offre di caratteristico che alcune particolarità accessorie, tutte di natura più che mai sinistra: il periodo d'euforia è breve e poco sensibile, sono assai frequenti le delusioni e le allucinazioni, si ha un'estrema irrequietezza con ansiosità, e infine sopravvengono i deliri. Il cocainista evade il suo poliziotto, solleva scandali sulla pubblica strada, proibita perchè non si rispetti la sua libertà ed entra facilmente in furor. Rotti racconta le peripezie d'un medico morfinista che, datusi alla cocaina, era diventato bisbetico, pedante, litigioso, insopportabile. « Dava spiegazioni sulle proprie richieste d'omaggio in lettere interminabili; nell'esame dei suoi malati moltiplicava e imbrogliava tutte le domande, ripetendole più volte; dimenticava le prescrizioni e le ricette da un giorno all'altro; non si rammentava degli appuntamenti dati ai clienti e li apostrofava villanamente volendoli entrare in casa; contestava tutte le loro osservazioni e le loro lagnanze. Si finì col trattarlo come un pazzo e con l'internarlo in un manicomio ».

I cocainisti, come i morfinisti scapigli, ma più di sovente, subiscono un'arabesque ediz: divengono ingrati, bugiardi, calunniatori. I loro deliri assumono facilmente la forma della persecuzione alluc.

Per quanto si può scovare tra gli effetti di due veleni che agiscono contemporaneamente o quasi, sembra che i fenomeni dell'euforia siano meno penosi e che anzi possano addirittura mancare nel cocainismo. In altre parole, l'eccitativismo sarebbe meno angosciante dell'emozione; ma il benedizio è, più che altro, apparente, perchè l'ossessione che spinge a rinviare le iniezioni non è per questo meno imperiosa. La cocainomania rivela anzi un carattere d'impulsività che la rende tentale, pericolosa e irresistibile, tanto più che non è incabile, nemmeno momentaneamente, con le iniezioni di semplice morfina.

Il diventamento d'un morfinista che sia per giunta cocainista è dunque un'impresa ardua, e non è facile sguaiarlo con la semplicità inflessibile dei metodi consacrati contro il semplice morfinismo.

CAPITOLO XII. L' a m e n z a

Si chiama *amnesia* (*Mnésis*), *defectio memoriae*, *confusio et exanctio*, *Amnesia*, *Versirreißel*, una psicosi acuta, non sempre afettiva, di varia origine, caratterizzata da una specie d'atassia mentale, che sconvolge i processi della percezione e dell'ideazione, e che può sospenderli totalmente fino all'incoscienza. L'amnesia assale individui giovani, di mente normale, e chiude il suo brevissimo decorso con la perfetta guarigione, ma anche non di rado con la morte.

Le cause dell'amnesia risalgono a perturbazioni organiche talvolta gravi ed evidenti, talvolta lievi ed oscure, in ogni modo assai diverse per natura e per sede: spesso non è che il residuo psicopatologico d'infezioni ben note. Questa pluralità d'origini lascerebbe credere che l'amnesia non sia una malattia a sè, ma una sindrome. Tuttavia i diversi disturbi somatici che possono diventare fattori primitivi e lontani della sindrome amnestica non ne provocano lo scoppio se non perchè convergono in un'azione comune, che si esercita di preferenza sulle funzioni percettive ed associative del cervello o che si rivela per l'omogeneità dei suoi effetti psichici di caso in caso. Quest'azione caratteristica, qualunque si sviluppi nel decorso d'infezioni o d'intossicazioni le più diverse per natura o intensità, è forse simile e costante come narcotismo fisio-patologico. Fino a prova contraria, essa può considerarsi come la causa immediata ed unica dell'amnesia. L'amnesia rimane dunque qualche cosa di compiuto, anche dal punto di vista della patogenesi, e l'uniformità non delle sue cause, ma del loro modo d'azione, corrisponde benissimo all'indiscutibile unità dei tipi quadri clinici.

I confini dell'amnesia erano un tempo assai più angusti. Le sue forme ricorrenti passavano per casi di sanità grave. Le sue forme meno profonde e semilucide, permettendo il sistematizzarsi d'un delirio quasi coerente, erano o sono interpretate anche oggi, ma non da tutti, come una varietà guaribile di *paranoia* acuta o come *episodi deliranti* nella vita fortunosa

dei degenerati. Infine, i casi letali d'amenza erano e sono tuttora collocati in un posto a parte e come una malattia a sè sotto il nome di *delirio acuto*: gli antichi alienisti chiamavano queste forme di amenza col nome di *mania furiosa* e di *furor maniac*. E ciò senza contare i casi *deliri da collasso*, che KRAEPELIN separò dal delirio acuto, ma che a loro volta si possono considerare come una varietà accelerata dell'amenza con esito mimico-motorio. Questi quadri clinici sono facilmente collegabili, perchè, comunque comincino e comunque finiscano, spiccano per un insieme di sintomi essenziali che son si ritrovano nelle altre psicosi, e che si riassumono nella formula: *anoscoscienza onirica seguita da amnesia, senza periodicità, con guarigione o con morte a breve termine*.

SINTOMI.

L'amenza si manifesta con sintomi psichici e con sintomi somatici. Tra i sintomi psichici, che sono i più caratteristici, preminente su tutti gli altri quello del *disorientamento*. È un disorientamento pesante e spesso completo: di luogo e di tempo, di persone e di cose. I malati non sanno in che città si trovano; non distinguono l'estate dall'inverno, né il giorno dalla notte; dubitano che i loro cari siano morti; credono che il medico sia Dio o il diavolo o il comandante del naviglio; non riconoscono l'uso degli oggetti più comuni, scimano nel bere, fanno l'atto di pettinarsi con un pezzo di sapone, scambiano la finestra per un armadio, e in qualche momento si lasciano sfuggire persino la nozione della propria individualità.

Da senso d'incertezza e d'impotenza è l'ordinaria risultante di questo smarrimento, che perciò si discosta dalla disorientazione pacifica della *demenza senile*. Mentre il demente senile soggiace a lacune ed errori parziali della percezione o della memoria, che qualche volta si affrettano nascondere, ma che in ogni modo non lo affliggono, né lo avvolgono gran che, l'ammalato d'amenza è spesso sgomentato o terrorizzato, cerca aiuto, grida o minaccia, e non attinge alcun lume nell'esperienza personale, che ha cessato d'avverarlo.

Le sue percezioni sono in gran parte alterate ed anche inhibitte da stimuli interni. Le poche immagini normali e collegate sono frammiste ad allucinazioni, che le rendono inutilizzabili. Il mondo apparisce agli ammentati come attraverso ad un sogno confuso ed opprimente. Nei corridoi del manicomio rimbombano i passi vanitosi degli infermieri; nel giardino strombano gli alberi parlanti; dalle pareti dipinte della camera spuntano

bori ananahi; e sul soffitto mal rischiarato si affollano: uccellini capotondi di piume, di girasole, di zoccoli, di garofano. E una lumina magica: il tributo, il patibolo, la bella del bosco, gli ammiccoli, le gemme della grotta. L'arceve, gl'insetti innanzi, i beghini, i gesuiti, gli angiosanti sfilano davanti alla fantasia senza freni del malato allittato. Un amaro si frastuona dal fare elemosina, perché temeva di distribuire il veleno; pensava che zappando avrebbe potuto squarciare il seno alla Madonna, quando gettava nel fiume la bocina per pescare i broccidi, gli partiva di sollevare dal fondo dell'acqua le sue creature e di veder galleggiare sulla superficie le loro viscere sanguinanti.

Le allucinazioni degli amati sono svariate, incessanti e di tutti i sensi: sapienti, viziose ed infantili. I malati spalancano gli occhi, li chiudono con energia e con ardore, tendono le orecchie, si commuovono, ascoltano personaggi invisibili, contempiono orizzonti lontani, salmodiano, declamano, invocano, predicano con voce d'ottrottento, sussurrano parole d'innore. Alla sinfonia delle allucinazioni si aggiunge la *roffia* delle *incongrues* sentiti. La psichiatria tedesca ha consacrato questo autonomo prettamente sintomatico con un'espressione apposita: *Ideenflucht*. Dalla cornice della fantasia scendono alla rinfusa allitterazioni, rime, luoghi comuni divagati o fuori di proposito, osservazioni graziose, non incomplete, giudizi insensati, assurdità d'ogni genere. Le associazioni verbali per associazione, per automatismo mnemonico, per contiguità di spazio e di tempo, non incontrando alcuna inhibizione, vincono ogni sforzo di pensiero logicamente continuato e trascinano i malati al *convoluto*.

— Che cosa c'è? Chi va là? Hm! (il malato siede sul letto e guarda ostentatamente un angolo buio della sua camera). Les Deux en cage! Il y a des Deux là dedans! Ils ont les pieds dans les espaces. Qu'est-ce qu'on dit? (come se raccogliesse faticosamente una voce lontana). Une peur d'ipogonisme pour la tarine? Va a farti matara! Pais le capitain! Quels soldats? Lui ha visto in me uno coscienza parabolica che non era troppo smilizzante. Ma voglio il malato è celibe) è trattata come una schiava o meglio come un tritone. Le forze silenti hanno afferrato ce document. Vous avez comblé l'espace, elle a dissipé son son . . . son coin. On dissipe ton coin (come se parlasse ad un fantasma vicino). mais tu as de l'air, tu as de l'air . . . c'est ignoble! (in a fut des distances, je vous dis ex adence qu'il ne faut pas dissiper les distances, il faut les tenir par des anastox ou par des grosses sphères. Correte alle sfere celesti. Celui là avait un poison. Io voglio rivolgermi all'informiere) parlare con te di cose importanti: voglio sposare mia sorella, cioè voglio integrarla. Se fa una sigla con la pegam scomposta, non mi piace, ma la dell'espressione, sì, ha molta espressione. Bisogna proibire la forza siderica. Jehovah! respecte les astres, respecte les autres! Ça fait un train une autre fois. Les Italiens, et puis cento pointe. Ça ressemble à la base comme un train dans un trou. Ne faites pas de lézises. Se sento dei cattivi sapori? (come se ascoltasse al telefono). Sì, un poco, c'è del

veleno; l'ha visto con me anche il dottore, anche pure. Nel ritmo si vedono tutte le azioni piccole, con piccola tensione, senza sviluppo. Io il pieno lo voglio pieno. Non voglio essere scostinato nell'atto delle volute. C'è un treno tirato dagli insetti. Ho tre amanti giganteschi, hanno le dimensioni nettuniche, sono nati dalla terra, li vede, con gli occhi elettrici e i fianchi di cristallo di rocca, polidetrici, a sistema rotante...».

L'insensibilità è ciò che dicono gli amati è accresciuta di quando in quando dalla decomposizione delle parole. Non solo si scompigliano i rapporti tra i vari centri corticali, ma anche i rapporti tra le varie immagini sillabiche nel seno della terza circosvoluzione frontale. Spesso i malati ascoltano come se si trovassero in chiesa o ad un colloquio amoroso o accorati da rumori rassicurati.

Il loro *biologio* è accompagnato da una mimica espressiva e da *gesticolazioni* esaltate. Gli amati salano dal letto in camera come se la stanza fossero in preda allo fuoco; si affacciano alla finestra per salvarsi; s'inginocchiano implorando pietà; restano assorti ed immobili con uno sguardo mistico; non mangiano perché sono presi da un'angustia visiva avversata al cibo che forse credono avvelenato; parlano in lingue estranee o in falso latino; muovono le labbra vaghiamente e senza rumore, illudendosi di discorrere; saltano o simulano di contare a perillioli; declamano; si avventano con rispetto contro lo sconosciuto che entra nella loro cella, o lo scartano per un difensore o lo abbracciano, affettuosamente lo chiamano per nome, lo invitano a cena.

L'agitazione degli amati è senza scopo fin'al più è difensiva. Quando non è ispirata dal terrore, è il prodotto di stimoli interni. Perciò non si deve confondere con l'agitazione dei maniaci, che è offensiva, benché effimera, e muove dalla collera o da un sentimento di superiorità. Da questo punto di vista, gli amati e i maniaci, quantunque spesso si comportino in modo quasi eguale, sono psicologicamente assai diversi: e non occorre una gran penetrazione per avveggersene. Nell'amato i motivi dell'azione partono sempre dall'interno e sono immaginari; nel maniaco, per quanto esasperato, partono dalla realtà esterna e rivestono almeno un'apparenza di ragione. L'amato è dal tutto incapace d'offesa passiva e si consuma in vani comati d'attenzione sopra, non vede, non ode nulla, e gli avvenimenti gli passano accanto senza modificare il suo stato d'animo, senza impressionare la sua memoria. Invece il maniaco è un sinografo delicatissimo, che segnala anche il volo d'una mosca: la sua attenzione passiva è così sensibile e pronta, che gli suggerisce «osservazioni argute e reazioni fulminee, ma non assurde»; e di tratto in tratto non gli riesce impossibile un breve, ma valido sforzo d'emozione attiva.

Più che una diversità, è dunque un vero antagonismo che ci permette

di separare gli anenti agitati dai maniaci. L'ameno è tutto concentrato e piuttosto è smarrito in sé stesso; il maniacco si profonde, e non a caso, al di fuori; l'uno è contraddittorio ed enigmatico, l'altro è fin troppo logico e trasparente. Questa distinzione non è superflua, perché giustifica la distribuzione moderna degli anenti, per categorie nosologiche, da una parte in una grande amenza, che ne comprende il maggior numero, dall'altra in una piccola mania, che ne abbraccia assai pochi; e perché in questa diversa assegnazione è coinvolto un concetto profetico. Noi sappiamo già che l'amenza si riproduce difficilmente e guarisce, ma minacciando la vita; mentre vedremo che la mania guarisce egualmente, ma si rinnova spesso, qualunque e lunga scelta, e in ogni modo non include alcun pericolo per la vita.

Non tutti gli anenti sono agitati. Ve n'è una buona parte che, al contrario, dimostrano con la loro *immobilità* la più profonda indifferenza attiva: sono gli *amené affaibiti*. L'indifferenza degli anenti attivi è secondaria, perché proviene dalla sospensione dei processi di percezione e di rappresentazione. In questi ammalati le immagini attive sono così deformate, le immagini mentali sono così contraddittorie, che si sfidano a vicenda e non suggeriscono nulla. Il sentimento resta inaridito per mancanza di materia prima, cioè d'immagini e d'idee; la volontà rimane paralizzato dalla mancanza di motivi. Si cade così nello stupore, ma in uno stupore inattivo, senza emozioni e senza ricordi, soprattutto senza manifestazioni catatoniche, perché la catatonia è un'iniziativa sfregliata e stordita, ma energica e tenace, che testimonia ancora un certo grado di coscienza. Nondimeno l'*amené affaibito* è difficile a distinguersi dagli episodi di stupore che aprono il processo della demenza precoce o che s'interpolano nel suo decorso. Spesso la distinzione si pratica, non già sulla differenza dei sintomi, ma sull'evidenza d'una causa somatica che parla in favore d'un processo ammentale. Altre volte il diagnostico non arriva che a processo finito, quando il ritorno dell'energia e la stabilità della guarigione e la coscienza che ha il malato d'un profondo distacco tra il suo stato attuale e lo stato di malattia rendono certo che si trattava di un'amenza accidentale.

In questi casi di stupore passivo i malati sono raramente analizzabili, ma le punture cutanee non risvegliano che riflessi automatici. Qualche volta l'immobilità si vince col comando o con una dolce insistenza o con una lieve pressione meccanica che agisce come uno stimolo supplementare e si somma con l'impulso insufficiente della volontà. A questo modo i malati, metà per iniziativa propria, metà per obbedienza, camminano, ma senza una meta, e si alimentano, ma senza preoccuparsi di ciò che mangiano.

Tra i casi d'agitazione e quelli di stupore vi è un grado intermedio d'insensibilità anestetica in cui la coscienza è semplicemente obnubilata.

— Come vi chiamate? — *Proprio per nome?* (il malato è un contadino di 34 anni, padre di famiglia). — Sì, per nome. — *Maestro Angelo.* — *Di dove siete?* — *Di Stia, proprio del borgo, faccio lo spazzino.* — *Perché l'hanno portato al manicomio?* — *Sanguisore, perché avevo male . . . poi piaccia al capo nel capo (non è vero) . . . e un dottore mi disse che avevo male al capo.* — *Stato volentieri qui dentro?* — *Che male? non tanto . . . vedo tante gente che non conosco . . .* — *E allora che dobbiamo fare di voi?* — *Mi risette in lei, faceva lei, io avrei piacere che mi confessasse fuori.* — *Chi avete in casa per assistervi?* — *A casa ce ho le suocere, un figlio che si chiama Pietro, uno Beppe e una Giusuina suoceri.* — *Che malattia ha la vostra famiglia?* — *È un pezzo che è suocera, vuole andare a fabbrica, non mi ricordo, fra me e io, mi sento confuso.* — *Da molto tempo siete così confuso?* — *È chi se ne rammenta?* — *Chi luogo è questo?* — *Non so.* — *Chi luogo vi pare che sia?* — *Io non posso rispondere a queste cose, perché non me ne ricordo.* — *Vi pare una chiesa, una scuola, uno spedale, una caserma?* — *Io posso dire . . . mi pare . . . che ci sia delle bestie inside . . . ma non so considerare, non so fermarmi.* — *Che cosa vi pare di queste persone? (i ricoverati).* — *Io . . .* *nessi qui e là . . . a me mi parono non stanno mai fermi, mi guardano su e giù, mi guardano inside, pare che l'abbiano con noi, su e giù, mi hanno confuso.* — *Domandate la notte?* — *Poco.* — *Perché?* — *Sento delle voci, sento che s'abbracciano e spariscono, sentono che dicono di me.* — *Conoscono Firenze?* — *Sì, ci sono stato, so che è una bella città e ci sto comodieri, ma qui no, il capo mi repella, tutte questa gente non intè mai . . . se si lavorasse a stiro, mi ispirano sì; non mi riconoscono, sono tanti mai che avevo da casa? (sono pochi giorni); bisogna dimostrarlo al manicomio.*

L'insensibilità di loro grado può dar luogo a deliri più o meno sistematizzati, che atteggianno la paranoia, ma non raggiungono mai la lucidità o la conversione d'un vero delirio paranoico; anzi se ne distinguono per la inutilità dell'istruzione e per la loro natura inserta, dubbia, contraddittoria. Questi deliri deboli son d'altra parte caratterizzati da un forte colorito affettivo, in conformità al loro tema, ed aspirano scoraggiamenti, esultamenti, voluttà che non sono soliti nemmeno fra i deliranti precoci: il delirante precoce, nel suo delirio paranoico, è sempre ubigito e spesso ingiustifica chi lo ascolta, comportandosi in maniera per nulla conforme allo stato che ostenta. Invece l'insensato è sincero. Del resto, la prosa, il timor panico, l'entusiasmo, l'estasi non brillano per soverchio impeto nemmeno fra gli abulizzanti della paranoia. Insomma i deliri degli insensati, malgrado le loro incertezze, fanno un'impressione di sincerità, d'ingenuità, di obbezza venicosciente, che basta ad individualizzarli sia di fronte ai deliri paranoici, sia di fronte ai deliri paranoici della demenza precoce. Gli alienisti tedeschi, salvo KRAEPELIN o pochi

altri, danno il nome di *paranoia acuta* ai deliri di questo genere e persino ai casi d'amenia asistematica. Io credo che una simile miscela di deliri disparatissimi, anche se puramente verbale, sia ingiustificata e perturbatrice: non vi è nessuna analogia tra un delirio improvviso, breve, guaribile, che toglie al malato ogni lucidità, ed un delirio meditato, abituale, costituzionale come quello della *paranoia*.

Un amante di 20 anni, solitario, di buona indole, intelligente, che riceve il meccanico, cade in uno stato d'amenia, segna d'aver inventato un cannone, dice d'essere martirizzato e molestato per effetto dell'acqua espansoria, spera di diventare generale e manda all'aria tutto ciò che si trova sotto mano; ma in poche settimane, non senza qualche oscillazione della termogenesi, guarisce e torna a casa. Qualche volta l'amenia si orienta verso le idee di persecuzione: il malato si crede accusato di sodomia passiva, i coetanei pubblici, i rivenditori di giornali, i modelli benedetti o ridono quando lo vedono passare, dicono che ha le scarpe luride, che il suo letto è molto soffice, che ha le tasche piene di dolciumi; e quand'è solo gli pare che i fili del telefono trasportino ingurie e calunnie a suo carico, che dal soffitto della sua camera piova acqua o vino bianco, che sui muri della città sia scritto: *socore a* ... (o qui il suo nome). Oppure accade che il delirio manuziale sia rivolto all'erotismo: in chiesa e sulla strada si trovano paggi e cavalieri che fanno largo all'ammalata, lo porgono l'acqua benedetta, le offrono il loro cuore con segni impercettibili, con atteggiamenti languidi e misteriosi. Una signorina di trent'anni, di bell'aspetto, onesta, educatissima, cominciò a credersi derubata, a fantasticare intrighi e insidie a proprio danno, a trovare tutto corrotto; venne al manicomio, dimagrì rapidamente, cadde nella massima confusione, levandosi su dritto, percuotendo le compagne, comportandosi come una demente, arrivando fino alla perdita delle feci e dell'urina. Quest'ammalata, in capo a qualche mese, aumentò di peso, riacquistò la sua discreta avvenenza, divenne lucida e abbandonò il manicomio guarita: un po' tempo dopo fece un matrimonio di riflessione, e sono vari anni che sta bene.

Nell'amenia è esistito l'insonnia, un'insonnia fatta d'irruzioni organiche, che non hanno un corrispettivo psichico, e che relegano questo fenomeno nella sfera dei sintomi somatici. Mentre il melanconico non dorme perché soffre, e il maniaco perché esulta, l'amante è in preda ad un'insonnia talvolta tempestosa, talvolta placida e senz'emozioni, che è l'espressione dell'equilibrio instabile e cui sono rifletti dalla malattia i diversi centri funzionali della corteccia. Volubili come sono nell'attività, questi centri non sono capaci di permanere nemmeno nel riposo: l'isolamento dal mondo esterno non risparmia ai centri sensoriali l'azione

degli stimoli patologici d'origine interna che risvegliano una serie interminabile d'allucinazioni; e da quei modesti stimoli d'ambiente egualmente, come fuochi fatti, le idee scotteranno e poco luminose, ma che pur impellono alla coscienza d'oscurarsi completamente. Anche gli ammalati attoniti, che non si muovono e non pensano, sono spesso nell'impossibilità di dormire. Il loro cervello, nel conflitto delle immagini contraddittorie, non trova una risultante che gli serva di guida e che lo spinga all'azione; ma non per questo è meno logoro e stanco. L'incertezza degli ammalati non è dunque l'espressione del prostrato riposo, dell'inerzia psichica, ossia del nessun bisogno che avrebbero di dormire, ma è l'effetto d'irritazioni chimiche, saline, abnormi, che impediscono alla coscienza d'asoparsi completamente. E infatti l'ammalato attonito non si comporta di fronte al sonno diversamente dall'ammalato agitato.

Gli ammalati presentano spesso notevoli alterazioni di temperatura. Spesso fanno la febbre. Se tratta d'una febbre quasi sempre discontinua, atipica, talvolta lieve, e che, se pure si alza a 38° , $38,5$, 39° , non raggiunge queste altezze che una o due volte in tutta il decorso della malattia; ma pure sono ben pochi i casi d'ammalati, gravi o leggeri, che ne vadano del tutto esenti. È probabile che la brevità di questi accessi febbrili li sottragga spesso all'osservazione. Da qui l'opinione invalsa fin da ora tra gli alienisti che l'ammalato sia una malattia assolutamente afebrile. Quest'opinione errata la posso trovare espressa in ospedali sicuramente affidati a buoni e capaci medici, come sono in tutta Europa (e peccato in America) i manicomii. Altre volte, specialmente nei casi più gravi che vanno sotto il nome di delirio acuto, l'ipertermia è alta e continua, benché remittente; e può anche assumere l'andamento caratteristico della febbre tifosa. In questi casi l'ottundimento della coscienza è più profondo: il malato è asopito, balbettante, in preda a piccoli movimenti intonatori; l'espressione del suo viso è smarrita e sconsolata, la sensibilità sembra scomparsa. Le funzioni digestive sono profondamente turbate per stitichezza, stipsi, coprostasi, abnormi fermentazioni intestinali, lingua arida e fuliginosa, alto acetoso, sudore profuso. L'orina può contenere tracce d'albumina, spesso contiene quantità rilevanti d'acido. L'agitazione febbrile può gradatamente ridursi, limitandosi infine a movimenti corporei. Non di rado si osservano contrazioni fascicolari nei muscoli degli arti e della faccia.

In tutte le forme dell'ammalato, ma specialmente nella più violenta e in quelle a decorso febbrile, si è una manifesta tendenza a fenomeni di eclasia, che costituiscono il principale pericolo per la vita di questi infermi. Non è raro il caso di ammalati che dopo vari giorni di violenta agitazione e di clamorosa crisi improvvisamente in uno stato di ab-

talimento cui sussegue subito una depressione della temperatura, anche fino a 33.^o e meno con assopimento estremo della coscienza, polso piccolo e frequentissimo, respirazione superficiale ed accelerata, sudore abbondante. E così si arriva alla morte, talvolta in modo istantaneo, anche dopo quattro o cinque giorni di malattia.

I disturbi di nutrizione, che si rivelano soprattutto col disgregamento labovla imponente, sono di regola, specialmente in questi casi, gravi e leggeri, che non decorrono troppo rapidamente. Lo stato di denutrizione è in parte un effetto delle stesse cause da cui derivano i disturbi mentali; in parte dipende dallo spreco di energia muscolare, dallo strapazzo, dalla febbre e dalla deficienza di riparazione alimentare per disturbi digestivi ed assimilativi. Il reintegrarsi del peso corporeo procede di pari passo col risiedinamento di tutte le funzioni, comprese le psichiche, ed è di questo pronostico. Spesso questa rioritura ha qualche cosa di meraviglioso per la sua rapidità.

Nel decorso dell'amenza, per quanto grave, si osservano spesso brevi periodi di tregua, durante i quali il malato è lucido ed espone, talvolta con parole assai efficaci, lo stato malagvoso del suo pensiero. Queste tregue, notate da KRAMERLIN nel delirium tremens, sono comuni a tutte le psicosi confusionali ed acute. Esse sono del tutto effimere e non durano che una mezza giornata, ma più spesso qualche ora o qualche minuto. Talvolta sono un sintomo di fine morte. Evidentemente gli ammalati di questo genere soffrono di un disordine nei rapporti dinamici tra le idee, che turba la coscienza a sbalzi e ne impedisce la continuità. Ma se il disordine tace per un istante, la personalità intellettuale, che non è cambiata da alcun perversimento o sistematismo, riappare nella sua integrità coi sentimenti e con le tendenze abituali.

L'amenza può presentare lunghe remissioni o recidive. Ammalati in stato anche grave, con febbre, migliorano notevolmente, riacquistano lucidità e vigore per vari giorni o settimane, ma poi peggiorano inspiegabilmente. A. FERRIS sostiene che queste remissioni sono di infuato significato, ciò che non sono lontano dal credere anche per esperienza personale.

Le recidive possono riancarsi a distanza di anni con una certa periodicità. Questo fatto è suscettibile di varie spiegazioni, tutte egualmente verosimili e non inconciliabili fra di loro. Può darsi che cause diverse o identiche bersagliino lo stesso individuo in epoche diverse della vita; può darsi che una causa persistente, ma soggetta ad oscillazioni, per esempio una malattia cronica del tubo digerente, dia luogo ad accessi ripetuti d'amenza; può darsi infine che in certi individui il sistema nervoso

sia particolarmente sensibile a certi agenti tossici di facile penetralità, ma di effetto insignificante per chi non abbia quella speciale idiosincrasia.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Nell'uomo il reperto necroscopico è piuttosto scarso e poco o punto caratteristico. I centri nervosi sono talvolta iperemici, anche molto iperemici; altre volte, specialmente se la morte fu preceduta da coma o da

grave collasso, l'ipere-mia manca del tutto. Nella pia o nel cervello si vedono di rado emorragie puntiformi. Negli altri visceri, il cuore presenta allungamento del miocardio e degenerazione grassa. La vena è spesso tumefatta, talvolta in alto grado; al taglio mostra un edema viscoso e parenchimatoso spogliabile, come avviene nel processo d'infezione. La degenerazione grassa è in tutto costante o quasi, ma talvolta appena accennata, nel rene e nel fegato. Altre lesioni microscopiche riscontrate, con molte varietà da caso a caso o con significato di momento etologico, nell'utero



Fig. 35. — Cellula piramidale gigante in un caso d'emoziosi concomitante ad infezione da *Coccidia*.

periphere, nell'intestino, nel fegato o nel rene. Altre lesioni ancora possono dipendere da complicanze o da malattie sopraggiunte, come polmonite, enteriti acute, peritonite.

Il reperto microscopico nel sistema nervoso centrale varia per la diversa intensità delle lesioni, ma non è privo d'una certa individualità. Il più delle volte si osserva un'alterazione acuta e assai diffusa delle cellule

nerveose, che consiste nella aggregazione delle zolle cromatiche (fig. 65). Quest'alterazione è accompagnata, nei casi più tipici, da maggiore opacità del nucleo. Nei casi estremi il nucleo risulta fortemente dentato al corpo cellulare impallidito, ciò che rende indistinta o maschera del tutto la presenza del nucleo. La forte tinta del nucleo spicca più che mai nella corteccia e nelle piccole e medie piramidi più che nelle grandi (fig. 66). Qualche volta è manifesta in tutte le cellule dell'asse cerebro-spinale.

In alcuni casi si riscontra un altro tipo assai caratteristico d'alterazione cellulare, alterazione del tutto analoga a quella che si determina sperimentalmente nella cellula d'origine ferita o al suo cilindrosse, sia in neuroni periferici, sia in neuroni centrali. Il corpo cellulare apparisce rotondeggiante o come rigonfiato; i prolungamenti protoplasmatici sono assottigliati o scomparsi; la sostanza cromatica è solamente disgre-



Fig. 66. — Cortecia cerebrale. a, cellula piramidale; b, cellula piramidale. In un caso di assefrenia (Cromatolia) cellula rotondeggiante della parte ascendente, alterazione intensa del nucleo (da Latta).



Fig. 67. — Cellule piramidali piccole (chromatolysis focale ascendente) in un caso d'ascefrenia. Testicolo cellulare alla base del cilindrosse profondamente per cause tossica (da Latta).

ata o diminuita nelle parti centrali della cellula; il nucleo è fortemente eccentrico, spesso deformato a fagiolo, con filo rivolto verso il centro della cellula; e in questa concavità si addensano piccole zolle cromatiche che sembrano penetrare con brevi irradiazioni nella parete del nucleo (v. fig. 67). Questo roperio, frequentissimo nel delirium tremens, si

riscontra, benchè con minore diffusione, anche nei casi comuni d'ama-
mentia, dove l'alcoolismo si può escludere o mettere in seconda linea.
Più frequente che altrove è quest'alterazione nelle cellule giganti della
zona matrice, donde prende origine il fascio piramidale. Essa può in-
teressare solo una piccola parte di queste cellule, mentre le altre presen-
tano, come le piccole e medie piramidi, il tipo di cromatolisi diffusa che
abbiamo menzionato per primo.

La lesione descritta ha, qualche volta all'evidenza, il carattere d'una
reazione a distanza. Le fibre che dipendono dalle cellule alterate sono
lese primitivamente e talvolta in alto grado; per cui le cellule, alteran-
dosi secondariamente, non fanno che reagire alla degenerazione delle
fibre. In questi casi il metodo di Marchi mette in rilievo la degenerazione
di fibre del fascio piramidale.

Peraltro avviene non di rado che le cellule della zona matrice siano
alterate, mentre le fibre piramidali sembrano illese. È verosimile che,
con tutto ciò, esistano lesioni incipienti di fibre piramidali, e che le cellule
abbiano già reagito prima che le lesioni delle fibre siano così incise
da poterle riconoscere col metodo di Marchi. In ogni modo il tipo di le-
sione per reazione a distanza coesiste con quello della cromatolisi diffusa,
che rende il nucleo più colorabile e che interessa in vario grado tutte le
altre cellule della corteccia.

Quando la lesione di rimbalzo è più disseminata, essa può arri-
vare alle colonne di Clarke, persino alle corna anteriori ed ai gangli
spinali.

La neuroglia non presenta alterazioni importanti. Il metodo elettivo di
Weigert non mette in evidenza moltiplicazione di fibre. Intorno alle cel-
lule nervose si osserva qualche volta che i soliti nuclei di neuroglia sono
in aumento e cominciano a penetrare nel citoplasma delle cellule ner-
vose. I cui, in genere, sembrano normali; tutt'al più si può riscontrare
un rigonfiamento dell'endotelio nei piccoli vasi od una proliferazione di
nuclei endoteliali. La presenza di batteri svizzeri, come fu verificata da
alcuni autori, è occasionale e dipende da invasione agonica o da infezioni
generalì.

ETIOLOGIA E PATOGENESI.

L'etiologia dell'amaementia, come abbiamo premesso, non è unitaria. Vi è
un gruppo di casi più gravi, a decorso febbrile, con esito mortale, che
passano sotto il nome di delirio acuto, e che presentano il quadro d'uno
stato d'infezione o di grave intossicazione generale. Vari autori si sono
affaticati nella ricerca di microrganismi patogeni, esaminando batterio-

logicamente il sangue, il liquido cefalo-rachidiano, gli organi tratti dal cadavere. Reperti positivi non mancano, benché spesso le indagini praticate con la maggior insistenza in varie fasi della malattia e persino nei visceri cadaverici possano dare un risultato del tutto negativo. Così BRIANT in tre casi di delirio acuto osservò che il sangue conteneva microrganismi a forma di bastoncino (1881); REZZONICO, nel 1884, trovò accumuli di cocci dentro i vasi cerebrali; BIASINI e PICCININO nel 1883 ricavarono dal sangue un bacillo con proprietà biologiche speciali alla cui azione patogena attribuiscono certe forme di delirio acuto; DECHMOLTZ, poco dopo, non avendo riscontrato alcun microrganismo nel sangue, se rinvenne nella sezione di vari organi; BASSETT, nella stessa epoca, isolò dal cadavere un bacillo con proprietà biologiche speciali, ma diverse da quelle che avevano fissato BIASINI e PICCININO per il loro; CENI, dal 1888 al 1903, trovò solo in qualche caso i comuni piogeni penetrati in circolo secondariamente; CAPPELLIETTI nel 1899 verificò la presenza di «cocchi» e di *bacterium coli* nel sangue e nei visceri, ma solo nel periodo preagonico e dopo la morte; KAZOWSKY nel 1899 riscontrò cocci nel sangue, nel liquido cefalo-rachidiano e nella milza, ma si trattava di un caso eccezionale, dove eravi ulceraazione del colon e nell'ulceraazione si trovavano gli stessi cocci, compreso lo stafilococco piogeno aureo; finalmente SANDRI nel 1901, esaminata la milza e i polmoni, vide che vi erano stafilococchi, diplococchi, e in un caso il bacillo dell'influenza, in un altro il diplococco di Weichselbaum. Al contrario, CARLO MARTINOTTI (1894), CAIRATO (1896), CENI (1898), ARMANSI (1899) ebbero reperti negativi.

In generale si tratta dunque di microrganismi locali che abitano normalmente nell'intestino od alla superficie del corpo e che possono eventualmente avere invaso l'organismo nel periodo dell'agonia. Tuttavia non può escludersi la possibilità che in qualche caso particolare o in qualche categoria d'amenia un'infezione sia la causa determinante della malattia o per lo meno una causa concomitante di gran valore.

Più chiaro e meglio stabilito è il rapporto che un vasto gruppo di casi d'amenia contrive indirettamente con malattie infettive in atto o (soprattutto) pregresse. In seguito a tifo, scarlattina, reumatismo articolare, orsipepla, malaria, influenza, polmonite, morillo, varicella, febbre puerperale, e durante il periodo della convalescenza possono manifestarsi fenomeni assintomatici quando la malattia non è più in atto e si può escludere sia la presenza dei microrganismi specifici, sia l'azione diretta dei loro prodotti tossici.

Altri casi sono manifestamente in rapporto con affezioni croniche dell'apparato digerente: catarrti gastrici o intestinali, stitichezza ostinata, erpetismi.

In altri casi ancora la malattia presenta un nesso abbastanza diretto ed evidente con speciali stati d'esaurimento, ai quali è senza dubbio legato un processo d'autointossicazione; così in seguito a strapazzi protratti, a insonnia forzata, a perdite di sangue, ad allattamento, a carestia determinata da neoplasmi o da affezioni chirurgiche.

Vi è un altro gruppo di casi in cui si riscontra come causa, ma stato di Miel. perniciosa, anemioni deboraci, contrazioni continue nella via domestica o professionale. Queste cause psichiche si associano quasi sempre ad altre cause d'esaurimento, ferocemente, prima dell'insorgenza, insensibile, deperimento fisico, deficiente nutrizione ed assimilazione, che diventano le vere cause immediate della malattia.

Bisogna poi confessare che vi sono casi in cui la causa sfugge o si rifugia a vaghe presunzioni; eppure il quadro non è meno caratteristico.

Da tutto ciò si può concludere che l'intossicazione patogenetica dell'amaia non può compiersi che sotto il punto di vista dell'intossicazione. È probabile che malattie infettive in atto o pregresse, stati d'esaurimento o di auto-intossicazione, ferite o traumi psichici concorrano (e effetti analoghi, benché più o meno recenti, sul scambio materiale, determinando un turbamento per sua natura transitorio e riparabile, ma talvolta così intenso, da produrre altri disturbi funzionali che a loro volta sono capaci di produrre la morte. In questa concezione si conferma il fatto che stati confusionali del tipo analoghi a quelli dell'amaia possono aversi per cause specifiche ben note di natura tossica. In fondo, il quadro del delirium tremens non differisce per nessun elemento essenziale dal quadro volgare dell'amaia; le stesse allucinazioni più tipiche, che ricorrono in esso con tutta frequenza, possono ritrovarsi con minor frequenza, ma con altrettanta tipicità in casi in cui è da escludere ogni abuso d'alcolici. La pellagra, nella sua forma acuta, presenta un quadro tipico d'amaia, e i suoi casi più gravi con decorso febbrile ed esito mortale, i così detti casi di *fulo pellagroso*, rinchiusi nella sintomatologia il delirio acuto. L'uragie può dare acutamente il quadro dell'amaia dalle forme più gravi alla forma più grave del delirio acuto: questi casi, se non si potessero per quel che sono a motivo dei dati anamnestici o di eventuali fenomeni concomitanti del resto non decisi), come l'epilessia jacksoniana, andrebbero confusi con l'amaia.

Episodi ametoici d'origine tossica, almeno secondo ogni verosimiglianza, possono comparire nel corso della demenza e della paralisi progressiva. Specialmente in quest'ultima malattia gli episodi confusionali possono presentarsi, dal lato della gravità, ogni sorta di sfumature, possono anche assumere decorso febbrile con sintomi gravi ed esito

morale e riprodurre il quadro del delirio acuto a tal segno, che ogni distinzione sarebbe impossibile, se non si avesse il sussidio di clonamnestici.

CURA.

Nell'anemia la cura deve mirare soprattutto a ristabilire o sostenere le forze. In prima linea sta il trattamento dietetico. Bisogna somministrare un cibo nutriente e di facile digeribilità, latte, uova, carne battuta. Se lo stomaco la tollera, è consigliabile qualche volta l'iperalimentazione. Nel caso di rifiuto, non si deve tardare ad usare la sonda. Sarà utile far procedere la somministrazione ad una lavanda gastrica. È molto opportuno l'uso dell'alcool.

Per mantenere le forze, è spesso necessario d'impedire che il malato lo disperda con atti d'agitazione. A questo scopo è di regola il letto. In *distorsionismo*, i bagni caldi e profumati restituiscono la calma o recano il sonno. Questo mezzo è preferibile agli ipnotici, il cui uso è limitato dalla necessità di evitare un possibile collasso. In caso di estrema agitazione non si deve, per un preconcetto umanitario, rifuggire da qualche mezzo di coercizione meccanica, tanto più che i malati, essendo incoerenti o quasi, non possono soffrire moralmente. Le stanze a pareti intonacate impediscono al malato di ferirsi avvicinandosi al muro, ma gli permettono di proferire le proprie forze in movimenti di tutti i generi; inoltre, se il malato è sulficeo, richiedono una pulizia dispendiosa e non sempre facile.

La nutrizione di simili casi incoscienti è naturalmente un compito delicato, che dev'essere disimpegnato col massimo zelo. La lavanda della bocca e dei denti deve ripetersi anche più volte al giorno, specialmente nei febbricentati e nei sifilitici.

Tra i farmaci, giocano i tonici come la chinina a piccole dosi, la sparteina, la stricnina. In caso di collasso, si ricorre alla cafrina, alla canfora, all'etere, agli impacchi caldi, all'ipodermoclisi od a semplici clisteri d'acqua salata.

Nella convalescenza l'ammalato deve guardarsi dagli strapazzi; e se è assistito al manicomio, bisogna evitare la dimissione precoce che talvolta è causa di recidive.

Psicopatie uremiche

Tutti i casi di uremia grave, specialmente negli stadi terminali, sono accompagnati da gravi disordini psichici. Anche prescindendo dall'incoscienza dello stato convulso e comatoso, vi è in ogni uremia grave un certo grado di ottundimento psichico, di apatia, di sottomotività, di emmeneterezza, che certamente richiamerebbe l'attenzione per conto proprio, quando non fosse riconosciuto come un sintomo accessorio di una malattia più vasta.

Ma vi sono dei casi, ben più importanti per la psichiatria, nei quali l'uremia e la lesione renale sono indistinguibili: esse si manifestano in modo incompleto, insolito ed ambiguo, cioè con un quadro di sintomi psichici e nervosi che sono i primi e i soli a destare l'allarme, o che spesso per la loro imponenza richiedono l'intervento di un alienista. Se in tali contingenti il malato passa al manicomio, come avviene abbastanza di frequente, non è improbabile che la vera causa del disordine psichico continui a restare sconosciuta, perché l'organizzazione del manicomio non è ancora così evoluta, almeno in Italia, da permettere la diligente quotidiana osservazione di ogni infermo. I ricoverati dei manicomi sono affidati a pochi medici, che possono sorvegliarli e disciplinarli a squadre, ma non curarli individualmente, né procedere a continui esami uroscopici. Simili insufficienze, che sarebbero doverose, non entrano nella visione delle pubbliche amministrazioni; e finora non si praticano che eccezionalmente in qualche clinica e in qualche manicomio privilegiato.

L'uremia può dar luogo a varie sindromi psicotiche, in rapporto con la natura della lesione renale che la determina. Nelle forme più gravi ed acute si hanno fenomeni acuti, che decorrono con la sindrome amenziale; nelle forme meno gravi e più lente, per lo più croniche, si hanno sindromi a decorso cronico e a carattere delirante. Si possono produrre anche sindromi di lesione a focolaio con le indicazioni più svariate di sede, ma senza che all'autopsia sia dato scoprire alcuna lesione più accentratrice nelle regioni sospettate durante la vita.

L'uremia uremica è sempre assai grave ed assume quasi esclusivamente la forma del delirio acuto. Si tratta in questi casi di gravi lesioni parenchimali, per lo più conseguenti a progressive infezioni. Molti casi di cosiddetta psicosi giperale sono da ascrivere a questo gruppo. Questo malato e gli altri uremici presentano agitazione, disorientamento profondo, allucinazioni, insonnia completa, stitichezza, e vanno facilmente in preda a collasso. La comparsa di accessi convulsivi, per lo più a tipo parkinsoniano o infasmiotico, l'esto in inerte è frequentissimo.

La demenza uremica è l'esagerazione e la perpetuazione dei fenomeni che si osservano d'ordinario in molti casi d'uremia. Sintoma principale è la lentezza dei processi psichici, l'ottundimento generale, la difficoltà o l'impossibilità di fissare l'attenzione, l'amnesia generale. Si può giungere ad un vero stato stuporoso. A questo stato psichico si aggiungono spesso fenomeni nervosi di varia natura: cefalea, tremore, accessi di vertigine, disartria, paresi con esagerazione dei riflessi tendinei, accessi apoplettiformi ed epilettiformi, fenomeni tutti che possono far pensare alla diagnosi di paralisi progressiva.

Le sindromi a focolaio simulate dall'uremia sono svariate. Più comuni sono le forme di amnesia ed emiplegia che si stabiliscono senza causa; esse sono per lo più transitorie, ma talvolta si mantengono costanti nella loro forma e nella loro estensione. Si possono avere dei casi di afasia motoria, con o senza emiplegia, di sordità verbale, di cecità psichica, di emianopsia. Quando questi sintomi a focolaio sono associati a fenomeni demenziali, ne scaturiscono sindromi analoghe a quelle dei tumori cerebrali.

In tutti questi casi la diagnosi differenziale dovrà prendere di mira non solo il modo con cui sorgono i sintomi indicanti, ma anche la presenza di altri fenomeni che sono frequenti e caratteristici nell'uremia: così i gravi disturbi gastrici con inappetenza e vomito, l'infelcolimento visivo, gli edemi. L'esame chimico e morfologico dell'urina e l'esame oftalmoscopico completano la ricerca. Non è però a credere che queste indagini bastino ad eliminare ogni dubbio. Vi sono infatti le cui la retinite albuminurica può andar confusa con la nevrite ottica da tumore cerebrale, e d'altra parte il reperto positivo di cilindri e albumina nelle urine non permette di escludere le associazioni morbose, e in special modo quella della paralisi progressiva con la nefrite cronica.

I fenomeni uremici cedono per lo più con l'adeguato trattamento, soprattutto con la dieta lattica. Ed anche questo dato può contribuire a rischiare la diagnosi in casi singolarmente difficili.

All'esame necroscopico assumono importanza preponderante le lesioni renali. I centri nervosi lasciano scorgere difficilmente alterazioni macroscopiche, anche nel caso di sintomi a focolaio lungamente protratti durante la vita. Qualche volta si ha il quadro dell'edema cerebrale. In qualche caso si possono osservare emorragie puntiformi. Microscopicamente si ha il quadro di un'alterazione focale, acuta o subacuta, più o meno accentuata: impoverimento e disgregazione più o meno profonda della sostanza cromatica in tutte le cellule nervose. Questa lesione è più spiccata nei casi in cui la morte fu preceduta da uno stato comatoso di lunga durata.

CAPITOLO XIII

Le psicosi tiroidee

Le psicosi tiroidee derivano da lesioni di grado o di genere diverse, ma avendo per unica sede l'apparato tiroideo, presentano somiglianze e caratteri che le collegano fra di loro con intimo rapporto. Anche quando la causa della malattia è ignota, il fulcro su cui poggia tutto il quadro sintomatico sta sempre in un'alterazione anatomica e funzionale del corpo tiroideo. I sintomi psichici non sono che un effetto secondario, un indiretto insieme del perturbamento avvenuto nella funzione tiroidea.

Se nell'adulto, per una causa qualunque, si determina una lenta atrofia della ghiandola tiroidea, si ha il quadro del *mixedema* spontaneo o *mixedema postoperatorium* degli adulti. La lesione della tiroide può essere la conseguenza di un'operazione chirurgica. La resezione d'un gozzo voluminoso, l'intervento operativo, come una volta si usava, nel morbo di Basedow produceva sull'uomo, come sugli animali assoggettati all'esperimento analogo, i sintomi della carenza stragoriva, che sono poi gli stessi del *mixedema* spontaneo. Il *mixedema* proviene da un'alterazione lenta e progressiva della tiroide, che s'inizia alla prima età o che probabilmente o per lo meno assai di spesso s'è preparata nelle generazioni antecedenti. La causa di questa degenerazione locale e graduale della tiroide non è ben presentata; ma essa è senza dubbio in relazione con la natura del ruolo che la del certissimo una malattia endemica. Per quanto non siano ancora definite tutte le incertezze che riguardano l'etologia, la patogenesi del *mixedema* non potrebbe essere più sicura, perchè nella concettuazione dei fenomeni morbosì. Quello più importante è sempre l'alterazione della tiroide. Ma il corpo tiroideo può restare vulnerato o distrutto in giovane età anche per cause del tutto individuali; si ha allora una forma di *mixedema* infantile o di *cretinismo* operativo. Sin qui si tratta sempre di lesioni che risultano insufficienti alla fusione delle urcole, provocando fenomeni di ipofunzione; ma vi sono casi in cui la fusione della tiroide si

esagerata è un sintomo che indica quella forma d'*hyperthyroidism* mortale che costituisce la malattia di Basedow.

Le ricerche sperimentali hanno dimostrato all'evidenza che la tiroide, nel suo complesso, è un fattore indispensabile al mantenimento di questo vario malaffie. Ma recentemente la fisiologia della tiroide, che sembrava completa, si è scissa in una serie di postulati particolari, a cui si innestano attualmente nuovi problemi clinici.

Già in quando gli studi sulla funzione tiroidea erano agli inizi, SCHREIBER si propose nettamente la questione circa il modo di agire della tiroide. Due possibilità si presentavano: o la tiroide distrugge delle sostanze tossiche che si formano normalmente nell'organismo e che lo distruggerebbero se non venissero distrutte; oppure essa segrega delle sostanze che giovano alla nutrizione generale e alla funzione dei centri nervosi. Questo dilemma non ha ancora trovato una soluzione decisa. Soltanto, grazie alle ricerche chimiche di RATHBUN, si era potuto isolare una sostanza chimica che ha certamente la massima importanza nella funzione tiroidea, la tiroxina; noi ci troviamo sempre di fronte allo stesso problema; e mentre EWALD considera la tiroxina come una vera antitossina destinata a neutralizzare delle tossine che si formano negli scambi nutritivi, GLEY la riguarda come uno stimolante del ricambio. Alla funzione antitossica si contrappone sempre la funzione trofica.

Ma la soluzione del problema accenna già a trovarsi per una via insospettata. Forse ambidue le funzioni esistono; soltanto esse non appartengono ad un solo organo, ma a due organi specificamente distinti.

Nel 1880 SAUNDERSON scoprì in vicinanza della tiroide due piccoli organi epiteliali, che chiamò ghiandole paratiroidee. Forse subito il quesito circa alla funzione di questi organi e si iniziarono gli esperimenti circa agli effetti comparativi della loro estrazione isolata, della estrazione limitata alla tiroide e della estrazione contemporanea della tiroide e delle paratiroide. GLEY trovò che, se le paratiroide venivano risparmiate nell'estirpazione della tiroide, non si aveva il quadro mortale della tetania tiroidica: da ciò fu indotto ad ammettere che questi organi paratiroidei esercitassero una funzione vitaria, ossia che fossero un tessuto endocrino pronto a svilupparsi e a funzionare nel caso di una lesione tiroidea. Subito dopo NOUSSU si accorse che l'ablazione della sola tiroide, lasciando in situ le due paratiroide, determinava negli animali giovani un quadro cronico di alterazioni analogo al cretinismo, invece la soppressione delle paratiroide assieme alla tiroide riusciva mortale. Egli pensò in conseguenza che tiroide e paratiroide dovessero avere una funzione specificamente diversa. Anche HORRIGER notò che l'ablazione del corpo tiroide, lasciando in situ le paratiroide, dava luogo ad una cachessia cronica; e l'asportazione

contemporanea della tiroide e delle paratiroidi determinava tetania acuta mortale. Così si affermava il dualismo funzionale, ma non si riusciva a determinare la funzione speciale delle paratiroidi, perché l'ablazione delle sole paratiroidi non dava luogo a sintomi permanenti.

Ma nel 1895 KOUS scoperse che le paratiroidi non erano due, come si era supposto sino allora, bensì quattro: due esterne, già note, e due interne. Con la sola ablazione delle paratiroidi esterne non era dunque possibile provocare la sintomatologia completa, gli effetti plasmatici della soppressa funzione paratiroidica. Sulla guida del reperto anatomico di KOUS, VASALE e GENERALI poterono nel 1896 realizzare la completa ablazione delle paratiroidi e dimostrare che essa determinava una tetania acuta letale, nonostante la permanenza in posto della tiroide. Gli effetti che prima erano stati attribuiti alla sola ablazione della tiroide erano dunque da ripartirsi tra i due organi, tiroide e paratiroide. Gli ulteriori esperimenti di altri autori confermarono pienamente i reperti di VASALE e GENERALI e stabilirono ormai con sicurezza che l'ablazione della tiroide non è mortale e determina cachessia cronica e mixedema, mentre l'ablazione delle paratiroidi è causa di tetania. Secondo VASALE all'angue tiroide e paratiroidi hanno una funzione distinta specificamente: la tiroide una funzione trofica, le paratiroidi una funzione antiossica.

Questi criteri, trasportati nel campo clinico, sono certo suscettibili di una larga applicazione. E già fu usata a proposito delle varie forme di infantilismo mixedematoso: propose l'ipotesi che in genere i sintomi distrofici debbano essere attribuiti a deficienza della funzione tiroidea, mentre i fenomeni nervosi e psichici sarebbero dovuti alla lesione paratiroidica. Certamente questa ipotesi non può essere accettata in termini recisi: Vi sono casi in cui il disturbo trofico è così grave, l'arresto di sviluppo così considerevole, che essi soli, indipendentemente da ogni fenomeno tossico, basterebbero a determinare un arresto dello sviluppo psichico. Ogni ordine di disturbi può ripercuotersi sulle altre funzioni, non direttamente interessate; ma ciò non toglie che il dualismo funzionale e patologico tra tiroide e paratiroide deve mantenersi nella varietà dei quadri morbosi.

Un'analisi clinica in questo senso si può dire oggi appena iniziata. Sono più che altro supposizioni sulla patogenesi dei singoli sintomi: le ulteriori ricerche cliniche, soprattutto se messe a riscontro coi reperti anatomico-patologici, daranno in avvenire un responso decisivo.

Il mixedema degli adulti.

Il mixedema spontaneo degli adulti fu per la prima volta descritto da GULL nel 1873 col titolo di « *stato cretinoidale in donne adulte* »; più tardi, nel 1878, OSO, in seguito ad esame anatomico della pelle, diede a questa infermità il titolo di « *mixedema* », titolo che prevalse su quello di « *cachexia psichidermica* » dato da CHANCOT. Per qualche tempo si ritenne che il mixedema fosse una specialità dell'Inghilterra, dove furono verificati i primi casi, ma più tardi col diffondersi della sua conoscenza le osservazioni si moltiplicarono in ogni paese.

Il mixedema fu dapprima interpretato come una distrofia d'origine nervosa. Si ricorse all'influenza del simpatico sul tono dei vasi per spiegare l'edemazia cutanea e la distrofia mixedematosa. Fu solo più tardi, per le osservazioni dei chirurghi sulle conseguenze dell'estirpazione della tiroide, che la vera natura del male fu messa in luce. Nel 1882 REVERDIN osservò il quadro del mixedema in seguito all'estirpazione totale del gozzo e avvicinò questa affezione al mixedema spontaneo osservato e descritto dagli Inglesi. Indipendentemente da REVERDIN, KOSCHEN aveva osservato che l'estirpazione del gozzo causava uno stato di cachessia progressiva, con grave anemia, tumefazione dei tegumenti e torpore intellettuale, e chiamò quest'affezione col titolo di *cachexia atrophica*, assimilandola al cretinismo. Da allora, richiamata l'attenzione sull'alterazione della tiroide, non si tardò a riconoscere che quest'organo era lesa in tutti i casi di mixedema spontaneo.

Il mixedema spontaneo è oltremodo più frequente nella donna che nell'uomo: più di tre quarti delle osservazioni descritte si riferiscono a donne in età matura o che hanno già passato l'età critica: tuttavia non mancano osservazioni anche in uomini relativamente giovani. La causa dell'affezione resta molte volte ignota; e ad ogni modo, salvo il caso di lesioni evidentemente locali, non si hanno sulle cause che degli indizi. Alle volte si tratta di processi tubercolari o sifilitici che ledono localmente la tiroide. In un buon numero di casi il mixedema è preceduto da un quadro morboso che è con esso in diretto antagonismo, dal morbo di Basedow: il gozzo subisce un'atrofia e scompare, e al quadro baseloidico si sostituisce il quadro del mixedema. Anche in questi casi è evidente che si ha una lesione locale primaria della tiroide. In altri casi il mixedema si manifesta per cause generali che agiscono su tutto l'organismo, processi generali infettivi, profusi e ripetuti emorragie.

In ogni modo non vi è dubbio che la tiroide sia sempre interessata;

rosa e atrofica in tutti i casi. Le scarse autopsie finora eseguite hanno dimostrato atrofia notevole dell'elemento glandulare con scarsi intestinuli più o meno accostigati; la massa dell'organo può essere ridotta ad un terzo od anche meno. Non vi è dubbio che la patogenesi della malattia si rifonda dunque all'ipotiroidismo. Circa alla partecipazione delle paratiroide nella si sa di concreto; i dati sperimentali possono farci fondatamente supporre che in alcuni casi, in cui sono poi specialmente accentuati i fenomeni nervosi o si origina anche il fenomeno della tetania, possono partecipare all'alterazione anche le paratiroide.

Il quadro del mixedema spontaneo è costituito da tre gruppi di sintomi: somatici, nervosi e mentali.

Tra i sintomi somatici sta in prima linea il mixedema, che consiste in una tumefazione dura, elastica, visibile del tessuto cutaneo e del sottocutaneo. Esso è più specialmente accentuato alla faccia; le guance, le palpebre, le braccia sono tumefatte; le rughe cutanee assumono profondità insolita. Il mixedema è anche specialmente accentuato alla nuca, alla braccia, all'addome, alle caviglie, alle mani, che appaiono ingrossite, sgruppate, allargate. Anche le mucose diventano tumide; così il lume delle cavità nasali si restringe, la lingua e le gengive si ingrossano, rendendo difficile la parola. La voce diventa secca, profondamente per analogia modificazioni della mucosa laringea.

Importanti fenomeni distrofici si manifestano in tutte le appendici cutanee. I capelli diventano aridi e cadono in gran quantità, talvolta anche del tutto: così pure i peli del corpo; la cui perdita è meno visibile alla regione del pube ed alle ascelle. Le unghie si arrestano nell'accrescimento, si sfaldano facilmente, vanno incontro a facili rotture. Anche i denti si alterano, vacillano negli alveoli, cadono.

Notabilissime sono le modificazioni generali della crasi sanguigna e del ricambio. La pelle e le mucose sono pallide, anemiche, le manifestazioni leucemica rare, scarse, scompaiono. KRAUSLIN osservò che i globuli rossi sono scarsi ed ingrossati. Il ricambio è lento, l'eliminazione di ura è diminuita. La stessa temperatura del corpo è abbassata di 1° C e più. Vi è anorexia e fragilità sessuale.

Nel campo dell'interventione è caratteristica la lentezza di tutti i processi. La stessa anfibiosse nervosa deve essere rallentata, come lo mostra il notevole allungamento del tempo di reazione semplice. Tutti i movimenti son tardi, vi è uno stato di torpore generale che va talora sino alla soporolenza continua. Difettose sono le reazioni vasomotorie; il sudore manca quasi completamente. Spesso si verificano dolori alle estremità, al sacro, alla colonna vertebrale, sensazioni di formicolio, di pizzicore alla pelle degli arti, o improvvise sensazioni come di scosse elettriche.

L'eccitabilità meccanica dei muscoli è aumentata. In certi casi si nota tremore accentuato, tetania, convulsioni epilettiformi.

Dal lato mentale è caratteristico il rallentamento di tutti i processi psichici, la percezione è lenta e difficile; lenta e difficile è l'associazione. Gli animali non possono seguire un lungo filo logico o sostenere una conversazione o avvedersi prontamente di tutto ciò che accade intorno ad essi. Sicché essi restano come appartati: *Theoretischsteifheit*. Se si aggiunge a ciò una grandissima facilità a stancarsi e l'inevitabile indebolimento funzionale della memoria dipendente dalla lesione associativa e dalla laticellularità cerebrale, si comprende facilmente come gli animali debbano apparire dementi anche quando la loro intelligenza è abbastanza integra e coerente. Si tratta dunque di un complesso di un disordine dinamico, funzionale; ed è dubbio che anche a malincuore esso indurta si possa arrivare ad un vero stato di demenza istocorticale di guarigione. L'umore dei mixodematosi è generalmente apatico, tuttavia si possono avere, stabilmente o transitoriamente, stati di eccitamento o di depressione melanconica, con ansia, irrequietezza, insomnie, idee di persecuzione. Per questi casi complicati con perturbamenti affettivi e idee deliranti Pucc propone il titolo di « pazzo mixodematoso » riservando ai casi comuni quello di « stato mentale mixodematoso ». Una tale distinzione non sarebbe giustificata che dal lato sintomatologico e diventa superflua dal momento che la terapia specifica va dimostrata come queste forme di pazzia dipendano dalla lesione tiroidea, né più né meno che lo stato di semplice rallentamento psichico e di apatia. Difatti anche « casi » senza data, persino in quelli che risalgono a 12 anni, i fenomeni mixodematosi e la pazzia disegnano di pari passo, sotto l'influenza della cura tiroidea.

Il decorso del mixedema è generalmente cronico e progressivo; vi sono tuttavia dei casi nei quali si stabilisce una certa stazionarietà. Gli sintomi succedono spesso per malattie intercorrenti, o per l'aggravarsi dello stato generale, che può condurre al marasma, ad accessi di collasso. Ciò, s'intende, quando la malattia sia abbandonata alla sua evoluzione spontanea. Oggi, con l'azione sicura e pronta della terapia tiroidea, la malattia va costantemente a guarigione.

Il mixedema operatorio o eccitativo si differisce ben poco dal mixedema spontaneo: soltanto nelle sue forme più gravi i fenomeni di tetania possono insorgere precocemente ed essere talmente gravi da determinare la morte. Verosimilmente la gravità della eccitativa operatoria dipende dalla maniera con cui è stata eseguita l'estirpazione del gozzo. Se l'operazione toglie totalmente la tiroide e le paratiroidi, si hanno a breve scadenza fenomeni di tetania mortale. Se son rimasti in sito e

in funzione alcuni paratiroidi, si può avere tempra transitoria seguita poi dai fenomeni del mixedema. Se poi fu lasciata anche una parte di tiroide, gli stessi fenomeni del mixedema possono essere transitori o non comparire affatto.

La cura del mixedema erò in tentativi vani diretti a rinvigorire l'organismo e a risollevare le condizioni generali sino a quando HORSLEY, sulla guida delle esperienze di SCHURR, propose l'innesto peritoneale di una tiroide. BRESHA eseguì più volte con successo questa operazione, che dà effetti brillanti ma non duraturi, sicché ha bisogno di essere ripetuta. Il trapianto può essere fatto anche nel cellulare sottocutaneo. Più tardi MURRAY, prendendo le mosse dagli esperimenti di VASSALE sopra cani stiroidati a cui veniva iniettato il siero tiroideo nelle vene, introdusse il metodo curativo delle iniezioni sottocutanee con succo od estratto tiroideo: ma esso riuscì assai meno pratico di quello della ingestione di tiroide fresca sperimentato con successo da HÖWERTZ e da MACKENZIE. La sostanza tiroidea deve essere somministrata cruda, perchè la cottura ne altera il principio attivo. Ciò ripugna al gusto di molti. La cura ha poi un altro inconveniente, ed è quello di non potersi praticare facilmente, mancando spesso il mezzo di procurarsi tutti i giorni la tiroide fresca. E perciò che, malgrado la minore efficacia, è oggi generalmente in uso la cura per mezzo di tablet, formate di sostanza tiroidea in preparati secchi. Sono eccellenti le tablette della casa *Boschings Wellcome* di Londra e quelle della casa *Mercé* di Darmstadt. Ma in confronto alla tiroide fresca i preparati secchi hanno l'inconveniente di poter contenere dei prodotti di putrefazione. Ora, VASSALE ebbe l'ingegnosa idea di far comporre un salame tiroideo che è efficace come i preparati freschi, che si conserva a lungo come le tablette e che è gradevole a mangiarsi come un cibo. L'ideale della cura tiroidea sarebbe quello di somministrare i principi chimici puri della tiroide allo stato isolato. La isotirina Baumann raggiungerebbe questo ideale, se l'esperienza avesse dimostrato che essa è l'unico principio attivo della tiroide e che produce effetti identici a quelli del tessuto fresco. Ma le esperienze in proposito sono ancora troppo scarse.

Nell'applicare la cura tiroidea bisogna procedere con la massima prudenza, potendosi facilmente produrre fenomeni di tiroidismo, cioè di intossicazione per eccesso di tiroide. L'irrequietezza, l'accelerazione del circolo o del respiro, il rapido dimagrimento, l'angoscia, l'insomnia, talora la necessità di sospendere la cura e di ricorrere ulteriormente a dosi minori. L'eccesso nell'abuso può dar luogo anche a morte improvvisa per paralisi cardiaca. Del resto i buoni effetti della cura sono da ascrivere più dalla sua durata che dalla sua intensità; e dosi moderate coi vari preparati possono dare senza alcun disturbo effetti terapeutici

sorprendenti. Quando sia raggiunta la ricomparsa di tutti i fenomeni morbosì, la dose verrà ancora ridotta, ma la somministrazione dovrà essere continuata allo scopo di evitarne la ricomparsa, che avverrebbe immanabilmente, dal momento che la malattia dipende dalla distruzione irreparabile di un tessuto specifico.

Il cretinismo endemico.

Il cretinismo è una malattia caratterizzata da ritardo e arresto dello sviluppo somatico e psichico, da caratteristiche deformazioni dello scheletro, e da cachessia mixedemata. L'alterazione della tiroide è determinata da un agente sconosciuto, ma certamente legato a determinate condizioni telluriche, ragioni per cui si presenta con diffusione strettamente endemica.

SINTOMI.

Le stigme somatiche del cretinismo stanno certamente in prima linea nel quadro morboso, e sono così caratteristiche da permettere la diagnosi a colpo d'occhio.

Il generale arresto di sviluppo si rivela anzitutto nel sistema osseo: tutti i cretini sono più o meno nani. La testa è relativamente grossa e rotolleggiante: vi è brachicefalia e spesso ipocefalia moderata. La chiusura delle fontanelle è spesso tardiva. Precoca invece è la sutura della suture seno-occipitale, fatto che, come mostra Vaccow, concorre a determinare la brachicefalia e più direttamente determina la depressione della radice del naso, che è costante nei cretini.

Le ossa del corpo sono in genere corte e grosse, o si può essere ipertrofia iperostosi generale. La colonna vertebrale è spesso deviata, presenta scoliosi, cifosi, cifo-scoliosi.

Per alterazioni dell'orecchio interno, forse dipendenti dall'arritmia dello sviluppo osseo, è frequente nei cretini la sordità.

I tegumenti ricordano il mixedema, ma per lo più inconspicuamente. La pelle è pallida o terrea, spesso, rugosa alla faccia, ma non così consistente come nel mixedema acquisito degli adulti o nel mixedema operatorio: qualche volta è anche flaccida e grigiognola. Nella faccia, porta, tundra, rotolleggiante, sono profonde e numerose le rughe: la fronte, le palpebre, gli angoli degli occhi, le guance ne sono tutte solcate. Il naso è depresso alla radice, tribolo alla punta e curvato; le narici stanno di traverso e guardano in avanti. La bocca è grande, le labbra grosse, specialmente

l'inferiore. I capelli sono rasi e grossi; la barba è per lo più mancante o estremamente scarsa (fig. 68 e 69).

Il sistema dentario presenta spiccatissimo ritardo ed arresto di sviluppo; i denti della prima dentizione possono permanere sin verso i venti anni, e intanto i permanenti non sbocciano e rimangono annidati negli alveoli, da dove poi spuntano fuori lentamente e talvolta non escono affatto. Quando spuntano, sono irregolari e vanno incontro a cadute frequenti.



Fig. 68. — Cretino endemico.

La tiroide è costantemente alterata: in un terzo circa dei casi è trasformata in un gozzo voluminoso; negli altri casi è atrofica. Il volume e la presenza del gozzo non hanno rapporti col grado del cretinismo: si sono creati gravi senza gozzo, e gozzosi con caratteri di cretinismo poco accentuati o addirittura con aspetto o intelligenza normali.

Lo sviluppo dei genitali è perennemente deficiento e tardo; negli uomini sono capaci di riproduzione, ma la loro prole va incontro ad una mortalità maggiore dell'ordinaria. Nelle forme di cretinismo più grave si

ha l'infertilità sessuale, con genitali esterni talvolta rudimentali. Nelle donne vi è scarsità di masturazioni o anemiorrea completa. In qualche caso però i genitali possono anche essere ipertrofici e l'intimità sessuale persistente.

Tutte le funzioni nutritive procedono lentamente nel cretino: il circolo, il respiro, la digestione, il ricambio, il sudore spesso manca ed è scarso.

Il quadro psichico del cretinismo è, come è facile comprendere, un insieme di deficienze. Ma presenta anche qualche nota caratteristica che lo differenzia da quello degli altri anormali. Come in tutte le forme di allungamento, la nota dominante è il torpore, la lentezza delle funzioni psichiche. I cretini, come gli individui affetti da mixedema acquisito, sono apatici, pigri, sonnolenti. Ma nel cretinismo vi è in più l'arresto delle

sviluppo psichico e un'infantilità più o meno notevole della mente. Tuttavia, salvo i casi di degradazione estrema, i cretini sono abbastanza assennati. La loro apatia non è che un'esagerazione dell'equilibrio affettivo, e la mancanza di passioni è un buon coefficiente alla regolarità della condotta e delle operazioni mentali. Così tra di essi, benché deficienti, ve ne sono moltissimi che attendono con pazienza e profitto a lavori stradali, all'agricoltura, al mestiere del facchino. I reati di cui possono rendersi colpevoli, più che da un vero perversimento affettivo e da tendenze impulsive, dipendono dall'estrosazione innocente degli istinti naturali senza i correttivi dell'intelligenza e del senso morale.

Il cretinismo può presentare gradazioni numerose. Praticamente si usa distinguere i cretini, i semicretini e i cretinosi, secondo la semplice e ingegnosa nomenclatura dei fratelli Wesam. I veri cretini, i cretini dell'estrema categoria, sono generalmente idiotti, non sanno parlare e presentano al più alto grado le note somatiche del cretinismo. I semi-cretini son semplici d'spirto, hanno un linguaggio incompleto ed imperfetto e sono spiccate di cretinismo. I cretinosi hanno intelligenza mediocre, son lenti e torpidi, hanno la voce aspra, il colorito pallido o terreo, la statura squadrata. Vi sono paesi ove quasi tutti gli abitanti normali di mente hanno un abito fisico più o meno cretinoso.



Fig. 10. — Cretinismo endemico.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Il cretinismo è poco studiato da questo punto di vista. Mancano soprattutto minute analisi microscopiche dei centri nervosi. Il cervello è in generale abbastanza pesante, può presentare moderato idrocefalo interno. Le circonvoluzioni, per lo più normalmente ordinate, sono talvolta alter-

ranti nelle loro disposizioni. Si possono anche osservare alterazioni gravi, perencofalia, microgira, ma è più verosimile che queste alterazioni siano dovute a complicità che al processo essenziale del cretinismo.

La tiroide presenta sempre alterazioni spaccate; degenerazioni più o meno estese dei follicoli epiteliali con iperplasia del connettivo, specialmente nei casi con gozzo. In ogni modo l'esame anatomico documenta una deficienza funzionale della tiroide. In qualche caso vi è persistenza del tipo (Viscows).

ETIOLOGIA.

Il cretinismo si riscontra in molte vallate alpine: nel Vallese, nell'alta Savoia, nella valle d'Aosta, nella Valbailina; nei Pirenei, nei Vosgi, nel Jura, nei Carpazi, in alcune vallate dell'Inghilterra e delle Cordigliere. Per qualche tempo si pensò che potesse dipendere dall'altitudine. Ma è facile immaginare la falsità di questa congettura: i paesi dove arriva il cretinismo si trovano alle più svariate altitudini; e mentre alcune valli dell'Inghilterra sono poste a 2000 e 2000 metri, il cretinismo si annida sin nelle vicinanze di Strasburgo, a 140 metri di altitudine. Innumerevoli sono poi i paesi di una certa altitudine e che pure sono interamente immuni dal cretinismo.

Si è anche detto che il cretinismo è proprio delle valli scarsamente irrigate ed umide, ma basta l'esempio della valle d'Aosta, largamente aperta verso mezzogiorno, per dimostrare la falsità di questa congettura. Ad ogni modo è legge assoluta che il cretinismo è legato alla località: individui del tutto immuni da cretinismo, emigrando in paesi di cretinismo, possono avere figli cretini; e più tardi, emigrando altrove, tornare ad avere figli sani. Abitanti di luoghi infestati dal cretinismo, e persino gli stessi cretini, ove emigrino in altri luoghi, hanno prole sana e per lo meno assai più valida.

È quasi inutile il dire che la sifonina, l'alcolismo, le cattive condizioni igieniche ed altre male influenze talvolta denunciate come causa del cretinismo non possono avere alcuna importanza specifica; e se pure alcuna ne hanno, essa è puramente accessoria.

Molte ipotesi si son fatte circa alle acque dei luoghi di cretinismo; e volta a volta il difetto o l'eccesso di tutte le sostanze che possono essere contenute nell'acqua furono accusati come la causa del cretinismo. Si sospettarono le acque dell'alta montagna, direttamente provenienti dal ghiacciaio e dai nevai, e perciò quasi interamente prive di sali; le acque prive di jodo, poco aeree, ricche di carbonato, di solfato di calcio, di

sali di magnesio, o contenenti in sospensione dell'argilla. Ma di fronte a ciascuna di queste congetture è facile trovare esempi di acque uguali per composizione che non fanno luogo ad alcun disturbo morboso. Eppure è assai ben fondata la convinzione che l'agente produttore del cretinismo e del gozzo debba trovarsi nell'acqua potabile. Si citino esempi di località che furono interamente risanate dal cretinismo per un cambiamento di acqua potabile. L'osservazione popolare stessa attribuisce all'acqua l'origine del gozzo o del cretinismo. Già nel 1765 HORREWAX parlava di certe sorgenti a Flach, nel Cantone di Zurigo, che la popolazione aveva denominato *Kropfbrunnen*. Assai dimostrativo in questo senso è un esperimento di LARIN. Egli poté produrre l'ingrossamento della tiroide in un cavallo che aveva fatto venire a Torino dalla Dalmazia ed in parecchi cani, a cui non lasciava bere che acque trasportati da Aosta. Ora è nota la stretta affinità che corre tra gozzo e cretinismo, e come nei luoghi di cretinismo i cani e i cavalli presentino spesso il gozzo.

Essendo erronee tutte le congetture circa all'azione di sostanze minerali, resta per esclusione l'ipotesi di un principio organico od organizzato contenuto nell'acqua. La teoria miasmatica, intesa per molto tempo in senso piuttosto vago, acquista con questa ipotesi nuovo valore scientifico. Vari osservatori avevano notato la frequenza del cretinismo in luoghi paludosi od umidi: si ricorda che le esalazioni del suolo incolto, delle paludi, degli stagni, dei corsi d'acqua poco rapidi potessero dar luogo al cretinismo. Di questa teoria miasmatica fu caldo propagatore MOULI.

Concretando quest'ipotesi in termini più precisi si osservò più tardi come le acque dei luoghi di cretinismo siano spesso ricche di sostanza organiche e spesso filtrino attraverso a strati di terreno ricchi di humus. E più volte si fece notare come il miglioramento delle acque in luoghi paludosi, il disboscamento, la cultura di luoghi umidi ed umersi abbiano portato la scomparsa del cretinismo. Oggi si pensa da molti che la causa del cretinismo possa risiedere in un microrganismo, e KRAUTHEN avvalorò questa ipotesi con un parallelismo tra la malaria e il cretinismo, parallelismo che a dir vero, dopo i recenti studi sulla malaria e sul suo modo di trasmissione, perde molto della sua suggestività. In conclusione si è intesa nel campo delle ipotesi: solo è certo che il cretinismo dipende da una causa esterna legata a certe speciali località. Degli elementi locali l'acqua è la più sospetta; e l'ipotesi di un agente organico od organizzato contenuto nell'acqua è la più verosimile.

PATOGENESI.

Qualunque sia la causa del cretinismo, è certo che essa deve anzitutto agire sul corpo tiroide e determinare in esso una lesione dalla quale derivano i fenomeni di atiroidismo o ipotiroidismo cronico che esercitano una dannosa influenza sullo sviluppo di tutto l'organismo e sulle sue funzioni.

Nel cretino un'alterazione della tiroide non manca mai. In circa un terzo dei casi si ha il gozzo; nei casi in cui il gozzo manca si ha un'atrofia della tiroide. Ma anche il gozzo non attesta che un'alterazione degenerativa, con iperplasia di tessuto non specifico e con degenerazione del tessuto proprio della tiroide.

È oggetto di discussione il rapporto che corre tra gozzo e cretinismo. È noto che il gozzo si presenta in certe località interamente accompagnato da cretinismo. Questa osservazione, unitamente all'altra che molti cretini non hanno il gozzo, ha fatto regare a molti il nesso patogenetico tra gozzo e cretinismo.

È da notare però che se il gozzo e il cretinismo non hanno la stessa distribuzione geografica, vi è pur tuttavia una coincidenza parziale: il gozzo spazia in un dominio più esteso. D'altra parte, la storia insegna che in certi luoghi dapprima esseri da gozzo e da cretinismo e dapprima comparso il gozzo, e solo dopo qualche generazione il cretinismo. Si può dunque pensare ad una identità di causa per le due affezioni. Se l'azione mortale è l'iodo, pochi individui risentono i danni e in questi mitigati: la tiroide ammalata conserva la sua funzione e non dà luogo alla distrofia generale che caratterizza il cretinismo.

Si è ammesso da alcuni che a determinare il quadro completo del cretinismo non basti la semplice alterazione tiroidea in un singolo individuo, ma che occorra un'azione più penetrata nella stirpe, attraverso parecchie generazioni. Si avrebbero così varie generazioni d'individui, nelle quali il processo del cretinismo andrebbe sempre più accentuandosi, fino a raggiungere l'estremo grado in un'ultima generazione destinata in massima parte a non riprodursi per la gravità della malattia. Cretinosi, semicretini e cretini rappresenterebbero così i diversi gradi della malattia nella serie delle generazioni.

Che la generale distrofia o il disordine del ricambio materiale debbano in qualche modo ripercuotersi sulla prole è cosa che appare evidente a priori. Ma è dimostrato dall'esperienza che anche nei figli d'individui immigrati e quindi in una sola generazione il cretinismo può svilupparsi completamente; e al contrario da individui cretini possono nascere individui sani, se nati in ambiente diverso dal cretinogeno.

Uguali riserve noi dobbiamo tener presenti circa al quesito se il cretinismo sia affezione congenita, come da molti si ritiene. Certamente la pelle di una madre cretina può sin dalla vita intra-uterina risentire l'influenza dell'atiroidismo materno; così pure durante l'allattamento. Ma i fenomeni positivi del cretinismo non si manifestano che quando sul bambino imperverrà l'azione specifica dell'acqua e quindi ad allattamento finito. Senza quest'azione esterna che viene ad aggiungersi all'influenza materna e che si esercita a poco a poco, danneggiando la tiroide a scadenza d'anni, non si può essere vero cretinismo: e la prole lattante di cretini presenterà, più che altro, i segni di uno sviluppo arretrato o poco fiorente. È difatti un'osservazione comune che i caratteri del cretinismo sono generalmente assenti nei neonati, e che essi si accentuano con l'età e specialmente cominciano a farsi sentire dopo il svezzamento.

Vi sono casi di cretinismo grave con idronia, nei quali l'esame anatomico rivela gravi alterazioni cerebrali, come ad esempio *parencefalia*, *assenza del corpo calloso*, e che depongono in modo infallibile per una patogenesi endouterina. Ma questa non è che una piccolissima minoranza di casi; in generale l'arresto dello sviluppo cerebrale è armonico, colpisce leggermente, ma in modo uniforme tutti gli elementi e non altera vaste porzioni microscopiche del cortei. E quindi più probabile che nei casi di cretinismo con *cerebropatie* e deficienze gravi si tratti di coesistenza e di associazioni morbide. Certo non si può pretendere che il cretinismo costituisca un'immunità contro le comuni cerebropatie dell'infanzia; si deve anzi ritenere che lo stato di carenza dei gonisti e le condizioni anormali in cui si svolge la vita del feto deficiente predispongono alle ordinarie cause di cerebropatia fetale.

CURA E PROFILASSI.

I mezzi adottati o sperimentati contro il cretinismo nell'intento generico di rinvigorire l'organismo, benché numerosi, hanno dato risultati negativi, come è facile immaginare riflettendo alla patogenesi della malattia. Pare soltanto che gli idruri alcalini somministrati abitualmente, soprattutto nel periodo dello sviluppo, diano qualche beneficio.

I meravigliosi effetti ottenuti con la cura tiroidea nel mixedema e nel cretinismo sporadico hanno fatto pensare ad applicare l'egual cura al cretinismo endemico. Vari tentativi sono stati intrapresi, ma purtroppo isolati e in ristretta estensione. I risultati sono controversi: EWALL, SCHOLZ ed altri ritengono efficace la cura tiroidea nei cretini. Altri autori, invece, hanno ottenuto risultati brillanti. Così WAZOWA poté pro-

minore un'attiva ripresa dello sviluppo scheletrico in otto cretini sottoposti all'ingestione di tiroide secca. Notevole che uno dei soggetti aveva già venticinque anni, età in cui normalmente lo sviluppo in altezza è cessato; oppure questo soggetto crebbe in un anno di cm. 8,5. Anche dal lato psichico si ebbe miglioramento: maggior vivacità, loquacità, interesse all'ambiente. È naturale che questi risultati positivi abbiano un significato molto superiore a quello dei negativi, i quali possono trovare la loro ragione in circostanze speciali, forse nell'età adulta dei soggetti. E specialmente nell'infanzia che i figli dei cretini dovrebbero essere sottoposti sistematicamente alla cura tiroidea, cioè prima che la malattia abbia già devastato il loro organismo.

Naturalmente questa è qualunque altro mezzo di cura efficientemente verrebbero impiegati, se se ne lasciasse l'iniziativa agli interessati, miseri e deficienti. L'intervento dello Stato è in questo caso di un'urgenza evidente. Esso potrebbe esplicarsi nella pedilaozi individuale, allontanando i figli di genitori e di cretini dalla regione cretinogena e trasportandoli durante il periodo di sviluppo in località sane; o nella cura della malattia in atto, provvedendo alla distribuzione della sostanza tiroidea.

La verifica della cura tra l'acqua e il cretinismo impone alla società un altro dovere: quello di provvedere lo sviluppo della malattia con opportune misure, come il foraggiamento di buona acqua potabile e il rinnausamento di terreni paludosi. In complesso pare che si sia in tutte le località il cretinismo la tendenza ad un progressivo miglioramento.

Il cretinismo sporadico.

Il cretinismo sporadico, detto anche *obscure cretinisme*, *obscure microcéphalie*, *obscure exochisme psychotérique*, *psychodermia cretinoides*, è una malattia che riunisce tutti i caratteri del cretinismo, ed anzi il suo grado, ma si presenta in individui isolati, figli di genitori sani, in località del tutto esenti da cretinismo. Non ha neppure carattere famigliare: l'ammalato di cretinismo sporadico rappresenta sempre un caso solitario nella sua famiglia, e spesso ha fratelli e sorelle perfettamente normali.

Esso è determinato costantemente da una lesione precoce della tiroide. Talvolta la causa della lesione rimane ignota o l'epoca della lesione risale forse alla vita intrauterina; talvolta invece si può rintracciare nella vita post-natale un agente mortale, p. es. un'infezione generale, che per ineffettività ed un meccanismo ignoti distrugge l'epitelio specifico della tiroide fino a distruggerlo. E così si vedono bambini sino allora normali

presentare in breve un evidente arresto di sviluppo e i segni caratteristici del cretinismo. La formazione di un gozzo in luogo dell'atrofia completa è rara, addirittura eccezionale.

I caratteri somatici degli individui affetti da cretinismo sporadico sono identici a quelli che si osservano nella forma endemica. Siccome peraltro nel primo non si ha un'insufficienza lentamente progressiva della tiroide, ma un'alterazione brusca, precoce e quasi sempre totale, con l'arresto di sviluppo somatico e psichico è assai notevole. Il nanismo e l'infantilismo degli idioti per mixedema sporadico arrivano a proporzioni incredibili e di cui non s'è esempio nel cretinismo endemico. Un giovane di 22 anni può avere l'aspetto e la statura di un bimbo di 5 anni (fig. 70); una donna di 15 può sembrare una lattante (figura 71).



Fig. 70. — Cretinismo sporadico. 14 anni nel sistema dei 77 anni
statura cm. 90, peso kg. 22,400.

Le ossa, oltre all'arresto di sviluppo in lunghezza, presentano delle deformazioni assai simili a quelle della rachitide. Le fontanelle del cranio tardano a chiudersi; le ossa degli arti sono corte e ingrossate alle estremità epifisarie, spesso incurvate, specialmente le tibie; le costole presentano curve anormali, sicché tutto il torace ne rimane deformato; la colonna vertebrale è ricotta per lesioni lamellari e sciolosi.

L'esame radiografico ci mostra che queste alterazioni ossee si possono riassumere in un solo fatto: il ritardo di sviluppo e di ossificazione.

In un bambino di sette anni la mano può apparire al grado di ossificazione in cui si troverebbe quella di un bambino tra i due e i tre anni. Tutti i punti complementari di ossificazione delle falangi e del metacarpo mancano; nel corpo non esistono che due punti appena percettibili, nell'ulna e nel radio manca l'epifisi (fig. 72). Così è in genere di tutte le altre ossa: il processo d'accrescimento presenta un ritardo incalcolabile.



Fig. 71. — Cretinismo epifisiario. Statura microlomica di 11 anni: statura cm. 55, peso kg. 14.

Come vedremo, questo difetto di ossificazione è correlabile con la cura tiroidea, e ciò dimostra rigorosamente la sua origine dell'atirismo, non già del rachitismo. Nel cretinismo sporadico non si è vero rachitismo. Del resto, è verosimile che non ve ne sia nemmeno nel cretinismo endemico. Si parla temi di alterazioni rachitiche nelle ossa del cretino e si considera il rachitismo come una complicazione frequente del cretinismo; mentre d'altra parte si asseriva che la brevità delle ossa era dovuta a precocità di saldatura epifisaria. Ma queste asserzioni non hanno fondamento

obiettivo. Probabilmente il presunto rachitismo del cretinismo endemico è un falso rachitismo come quello del cretinismo sporadico. E la piccolezza delle ossa è certamente dovuta alla lentezza con cui crescono, non a precocità delle saldature epifisarie. Se le epifisi si saldassero, sarebbe impedito ogni ulteriore sviluppo in lunghezza, mentre noi vediamo, dalle esperienze di terapia tiroidea che le ossa del cretino sono ancora suscettibili di allungamento anche ad una età in cui normalmente è cessato l'accrescimento di statura.

Nel cretinismo sporadico il corpo mantiene sempre un aspetto più o meno infantile; il pannicolo adiposo è abbondante, e al di sopra della clavicola forma come due cuscinetti *aproni sgozzolariscolari*. Le braccia, le cosce, le gambe sono rotondeggianti, e non presentano saglienti muscolari, ma pieghe cutanee trasversali come quelle dei bambini lattanti. L'addome è tumido; vi è spesso ombelico, più di rado omominale.



Fig. 71.



Fig. 72.

Cretinismo sporadico. Radiografie della mano destra nel sistema C. O. di 7 anni. La fig. 71 prima della cura; la fig. 72 dopo un anno di cura. Entrambe le fotografie mostrano di più del vero (da Litvack). Prima della cura (fig. 71) non sono visibili che i punti d'ossificazione dell'osso lunare e dell'ulna; mancano tutti i punti complementari del metacarpi e delle falangi; e mancano pure le epifisi dell'ulna e del radio. Dopo un anno di cura (fig. 72) si vedono tutti i punti complementari visibili, i punti d'ossificazione dello scapolo e del metacarpi e l'epifisi del radio.

La faccia e le mani portano i più spiccati segni di ritardamento. La fisiognomia è schiettamente cretinosa: naso depresso alla radice, fronte rugosa, occhi segreti nella tumidezza delle palpebre, labbra tumide. La lingua è talvolta così ingrossata, che non solo sporge dalla bocca, ma spingendo indietro il velo pendulo, rende la respirazione difficile, stertorosa. I capelli sono radi e grossi, i peli mancano del tutto. I denti per lo più appartengono ancora alla prima dentizione e sono profondamente corrotti. I genitali esterni allo stato d'infantilismo; talvolta i testicoli con

sono ancora discesi nello scroto a 15 anni o più, e sono in ogni caso atrofici, la verga è piccola; nelle femmine mancano le mestruazioni.

All'arresto anatomico corrisponde l'arresto funzionale. Questi ammalati sono spesso incapaci di tenersi in piedi e di camminare, perdono l'urina e le feci, non esprimono nulla, non piangono e non ridono, sono «tremolati torpidi», si muovono poco, hanno un risveglio lento e una temperatura di più che un grado sotto la norma, respirano lentamente, segregano scarsa urea, non sudano affatto.

Delle funzioni psichiche, nei casi più gravi, non vi sono che semplici rudimenti. La donna rappresentata nella fig. 71, benché quindicenne, non parla, non intende nulla, non accusa i suoi bisogni più elementari. Nei casi meno accentuati la psiche è sempre infantile, la parola incompleta, l'umore apatico, il carattere dolco, serio.

Il cretinismo sporadico può presentarsi in forme attenuate. Profondamente l'attenuazione è dovuta da una parte alla poca intensità della lesione, che in certi casi non giunge ad una distruzione completa del corpo tiroide, d'altra parte può dipendere dall'età relativamente avanzata a cui si è manifestata la lesione iniziale. Quanto più tardi s'inizia il processo, tanto minore è il grado d'arresto nello sviluppo somatico e psichico. Nei casi più lievi la statura può raggiungere persino m. 1,30.

Senza molti alcuni rarissimi casi di femmine mestruate. Ma è soprattutto nel campo psichico che si osserva la maggiore diversità: vi sono ammalati che presentano i segni caratteristici del mixedema e dell'infantilismo, qualunque attenuati, e tuttavia godono il dono di un'intelligenza piuttosto sviluppata. Bassano ha creduto di poter contrapporre questi ultimi casi, col titolo di *exophthalmos mixedematosus*, a tutti gli altri più gravi e più frequenti che implicano una deficienza mentale.

PATOGENESI.

I rapporti tra il cretinismo sporadico e l'endemico sono stati oggetto di discussioni: mentre da alcuni si ammette un'identità di processo patogenetico nelle due forme, pur ritenendo differente l'etiologia, altri sostengono un dualismo in ogni senso. Secondo Ewart, le sole differenze del cretinismo endemico di fronte allo sporadico consistono nella sintassi precoce, nella mancanza del mixedema, nella stazionarietà del decorso, nella lunga durata della vita, nell'inattività della cura tiroidea. Ora, circa alla precocità delle sintassi, alla mancanza del mixedema ed all'inattività della cura tiroidea nel cretinismo endemico, c'è qualche cosa a ridire. La lunga durata della vita, la stazionarietà della malattia

e anche la minore accentuazione del mixedema si spieghino benissimo col fatto che la lesione tiroidea nei cretini endemici è lenta e progressiva e probabilmente sempre incompleta. Al motivo opposto si deve attribuire la maggior gravità del nanismo, dell'infantilismo e in genere dell'arrestato sviluppo nel cretinismo sporadico; ma si tratta sempre di una differenza quantitativa e nulla più, che non permette d'impugnare la patogenesi tiroidea né per l'una, né per l'altra malattia.

Quanto all'infantilismo mixedematoso di Bessard, tra esso e il cretinismo sporadico più grave vi è un buon numero di forme intermedie. Bessard ammette una differenza fondamentale: secondo la sua ipotesi, il mixedema e l'infantilismo deriverebbero da lesione tiroidea; l'arresto psichico, l'idiozia dipenderebbe invece da una lesione paratiroidea. Ora, facendo anche astrazione dai casi già osservati di grave cretinismo sporadico nei quali le paratiroidi si trovano illese e presenti al tavolo anatomico, bisogna riconoscere che i gradi « estremi » di nanismo, d'infantilismo e di fra-strofismo non vanno mai esenti da disturbi psichici. Le correlazioni tra le funzioni psichiche motorie e viscerali sono abbastanza strette per non potersi sottrarre l'una indipendentemente dalle altre ad un gravissimo arresto dello sviluppo che compromette tutto l'organismo.

In un caso di atrofia somatica come quella rappresentata nella fig. 71 « con uno sviluppo funzionale da lattante, siano lese o illese le paratiroidi, non è ammissibile la formazione per quanto modesta dell'intelligenza. D'altra parte è da notare che i casi d'infantilismo con relativa integrità dell'intelligenza sono altrettanto rari: un po' d'infantilismo psichico vi è sempre: l'apnia, la pigrizia, l'eccessiva serietà del carattere vengono a testimoniare, se non direttamente l'atiroidismo, per lo meno il lentitiroidismo che ne è la conseguenza.

Anche l'esperimento parla in questo senso: Motest ha ottenuto con l'asportazione della sola tiroide in giovani sani il quadro completo del cretinismo con arresto di sviluppo somatico e psichico.

Tanto nel cretinismo endemico come nello sporadico si ha dunque probabilmente a fare con una semplice lesione tiroidea, e la differenza tra le due malattie non dipende che dalla diversità dell'agente mortale e dal suo modo di azione, lento in un caso, rapido nell'altro.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Le autopsie nel cretinismo sporadico sono ancora in piccolo numero, soprattutto per la poca frequenza della malattia. In alcuni casi Boues-ville ha potuto con lo studio minuzioso dello scheletro documentare più

particolarmente il caratteristico arresto di sviluppo. Lo studio dei centri nervosi non fu eseguito che in pochissimi casi. Il cervello è piuttosto grosso e risente assai meno di altri organi l'arresto dello sviluppo. Il cratino di Baignolles, illustrato da BALL, aveva un cervello di gr. 1178, in un caso di BOURNEVILLE in cui la statura era di poco inferiore ad un metro, l'encefalo pesava 1245 gr. Anche MURATOW in un suo caso trovò un encefalo voluminoso. Nel cervello non si riscontrano fatti macroscopici d'impetenza. Le cellule nervose della corteccia sono più piccole che normalmente e poco differenziate, le fibre nervose scarse, il tessuto neraleggiante in leggero aumento. MURATOW osservò arresto di sviluppo nei sistemi d'associazione sottocorticali.

Quando alla tiroide, in vari casi non ne è stata riscontrata alcuna traccia; delle paratirodi per lo più non si fa alcuna menzione né positiva, né negativa. Sono importantissimi da questo punto di vista due casi pubblicati l'uno da CHAMU e l'altro da MARTEAU, nei quali mancava interamente la tiroide, ma erano presenti le paratirodi.

CURA.

La cura tiroidea nel cretinismo sporadico dà quasi sempre risultati brillantissimi.

Appena cominciata la cura, sia dai primi giorni, si nota un aumento dell'attività cardiaca e respiratoria. Il polso e il respiro sono più frequenti. La temperatura s'innalza e raggiunge i limiti normali o supera addirittura la norma per poco che la dose di tiroide somministrata sia eccessiva. L'urina è più abbondante e la quantità di urea è notevolmente aumentata. Aumentano l'appetito e la sete.

Un effetto immediato e costante dell'alimentazione tiroidea è la diminuzione di peso che accompagna il dissiparsi delle tumefazioni mixedematose nella cute o nell'addome. In pochi mesi tutto l'aspetto del corpo è trasformato, la faccia cambia espressione, la pelle è dappertutto assottigliata e i muscoli cominciano a fare saglientza sotto la pelle (fig. 74 e 75, 76 e 77). Ben presto i denti di latte cadono e spuntano fuorì i permanenti. I capelli diventano più folti. Più tardi il peso corporeo va progressivamente rialzandosi, perchè la diminuzione data dalla scomparsa del mixedema è compensata dall'aumento di statura e dallo sviluppo delle masse muscolari (fig. 78). L'accrescimento della statura si manifesta immediatamente e può raggiungere due centimetri al mese.

Le modificazioni delle ossa sono attestate nel modo più chiaro dall'osservazione radiografica. In un anno di cura si può avere un progresso

notevolissimo dell'ossificazione. Le fig. 72 e 73 dimostrano la comparsa di tutti i punti di ossificazione complementari dei metacarpi e delle falangi, ingrossamento considerevole dei due punti di ossificazione preesistenti nel corpo, cioè dell'osso massimo e dell'arcuato, la comparsa di altri due punti di ossificazione, cioè quelli dello scafoide e del semilunare, la comparsa della epifisi del radio.



Fig. 72.



Fig. 73.

Cristiano operante: 61. 8. di 20 anni. Nella fig. 72 si notava comincia la cura (timida); nella fig. 73 la cura è già in corso da 405 giorni. Le due figure sono esattamente proporzionali ad un quadruplicato del vero (da Livatoy).

Molto notevole è il miglioramento nel campo psichico e soprattutto nello sviluppo genitale.

Psichicamente si ha subito la dissipazione del torpore, al quale si sostituisce un'insolita vivacità. Se l'ammalato è capace di parlare, parla molto più di prima, la parola si perfeziona nell'articolazione, e il vocabolario diventa più ricco. Ammalati sordi imparano facilmente a parlare. Ma il miglioramento rimane sempre indietro da quello dello sviluppo corporeo; esso è più notevole dal lato dinamico, cioè come esercizio delle funzioni già sviluppate, che dal lato statico, cioè come acquisto di nuove capacità funzionali.

Nella sfera sessuale si hanno pure modificazioni notevoli: i testicoli discendono nello scroto, la verga s'ingrandisce, il pube si copre di peli, ma una vera e completa pubertà non è stata sinora ottenuta in alcun caso.

Vi sono notevoli differenze negli effetti della cura da caso a caso. Molto dipende dall'età in cui la cura s'intraprende. Se il cretino raggiunge un'età avanzata (caso non comune, anzi raro), la cura diventa inefficace, perchè l'ossificazione, benchè lenta, finisce col compiersi del



Fig. 76.



Fig. 77.

Cretinismo operato: Fig. 76, 40 di anni. Nella Fig. 76 il malato è all'inizio della cura (ossia) nella Fig. 77 la cura è in corso da 40 giorni. Anche questa figura non esattamente proporzionata ad un'ingrandimento del vero (da 1/20).

tutto. LOGAN sottopose una donna di 40 anni al trattamento tiroideo non ebbe il minimo aumento di statura: la radiografia dimostrò che l'ossificazione era completa. Tuttavia sino a vent'anni si possono avere notevoli trasformazioni nella statura, appunto perchè a questa età l'ossificazione trovasi in uno stato infantile ed è ancora modificabile (fig. 74 e 75; 76 e 77).

Quanto alla gravità della malattia essa ha maggiore importanza per ciò che riguarda le funzioni psichiche. Nei casi gravi lo sviluppo somatico è sempre suscettibile di cura, mentre lo è assai poco quello dell'intelligenza; invece nei casi più attenuati, in cui l'animale è già capace di parlare, l'aumento delle facoltà mentali è molto superiore.

La cura orosica nel cristidismo sporadico deve, come nel miodesofia acquisita, essere continuata *ad naturam* durante. La dose sarà minima all'inizio: alcuni bambini tollerano male in principio di cura la somministrazione di una sola tabloide di 5 grani (Barrooye Walcott) al

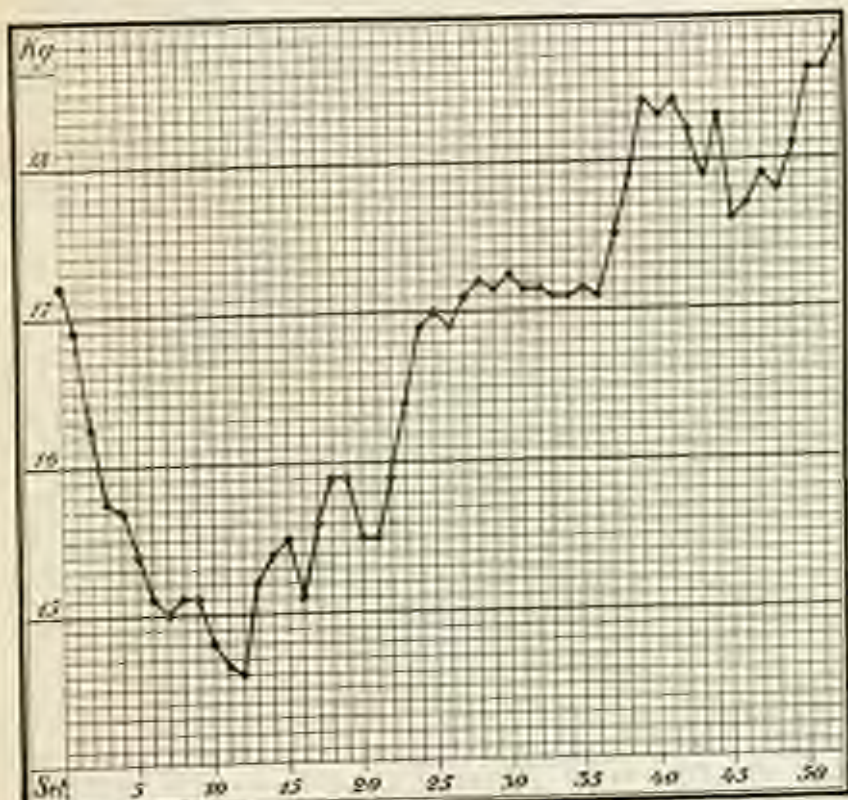


Fig. 16. — Cristidismo sporadico. Curva del peso nel malato C. G. di 7 anni, durante il primo anno di cura orosica (da Litvack). L'ascissa indica le 52 settimane, le ordinate segnano il peso in chilogrammi. Si noti la discesa rapida del peso nei primi tre mesi e il rialzo subito al di là del peso normale.

giorno, o bisogna somministrarla a giorni alterni. Più tardi la dose può essere aumentata; e ciò sta in rapporto con l'aumentato bisogno per l'innervata mole del corpo o per la maggiore vivacità degli scambi organici. In ultimo bisogna studiare per tentativi una dose costante che impedisca il ritorno di fatti malsanatosi, ma senza produrre sintomi d'ipertiroidismo.

Il morbo di Basedow.

Nel morbo di Basedow i fenomeni psichici stanno generalmente in seconda linea, e la grande maggioranza dei baseloidi sfugge al suicidio, benché soffra di gravi perturbazioni mentali. I sintomi più importanti sono



Fig. 75. — Morbo di Basedow: stato estremo di eccitata irritazione.

quelli più costituzionali, la notturna triade: l'esoftalmo, il gozzo (fig. 75), la tachicardia. Sono questi i fenomeni che per lo più inducono il malato a ricorrere all'opera del medico. È importantissimo dal lato diagnostico il tremore a dita e rapide oscillazioni, perché può esistere nell'esoftalmo o del gozzo.

Bastano il tremore e la tachicardia per formare fondati sospetti di baseloidismo; la diagnosi può essere avvalorata dalla presenza di altri sintomi accessori, come il sudore profuso, la diarrea, l'insonnia, la tosse secca, la diminuzione della resistenza elettrica; invece il gozzo o l'esoftalmo possono facilmente trarre.

L'ipotesi patogenetica più attuale è oggi quella di un eccesso nella funzione tiroidea. L'ipotesi demica può essersi messa che la ti-

roida assume successivamente l'aspetto del gozzo. Questa ipotesi non toglie ogni valore alle ipotesi antecedenti, che riferivano il morbo di Basedow a lesioni del sistema nervoso centrale o del simpatico; ma queste lesioni possono a loro volta essere causate dall'alterata funzione tiroidea e provocare l'ipertiroidismo. Difatti noi possiamo osservare in sindrome baseloidica in varie affezioni organiche del sistema nervoso, soprattutto nella paralisi acrobatica (fig. 80) e nella polio.

L'ipotesi dell'ipertiroidismo nel morbo di Basedow trova conferma in vari argomenti: anzitutto l'opposizione diametrica dei suoi sintomi principali con quelli del miotossina argentea; il fatto che in alcuni casi al quadro del morbo di Basedow segue appunto quello del miotossina, o il

tempo stesso si ha l'atrofia della tiroide, la dannosità della cura tiroidea nel morbo di Basedow, e il fatto che la somministrazione di tiroide ad individui sana provoca dei sintomi basodanici. I numerosi e temuti razionamenti ispirati all'ipotesi dell'ipertiroidismo hanno avuto fin qui scarso o portato anzi un nuovo contributo di prova.

Tuttavia vi è un punto ancora poco chiaro nel meccanismo patogenetico ed è quello che riguarda la parte rigenerativa che prevale in tiroide e le paratiroidi nella genesi della malattia. WALTER EMMERTS ritiene che nel morbo di Basedow le paratiroidi siano lese ed insufficienti, e che tutta loro insufficienza funzionale sia il momento primario della malattia; l'ipertiroidismo della tiroide sarebbe soltanto un fatto secondario. Se questo punto decideranno le future ricerche endocrinopatologiche e gli analitiche ricerche sperimentali.

I basodanici sono assai numerosi, specialmente se si tieni conto dello scarso frutto o incompiute, in generale non vengono considerati come psicotici, ma pure presentano una caratteristica o costante: sindrome psichica molto intensa, irrequietezza



Fig. 10. — L'autore con sua madre, basodanica.

ansiosa, perdita della memoria, autolesioni volitive. Alle preoccupazioni del basodanico, che si vorrebbe occupare d'ogni cosa, portano ad irritabilità e della ossessività: l'irresolutezza, l'impossibilità di lavoro pacifico. I basodanici sono insensibili, diffidenti, facili ad offendersi, a spaventarsi. Vi è un singolare contrasto tra la loro minima d'azione e la loro impetenza: quando colta questa anomalia perdono improvvisamente la padronanza sui muscoli e cadono a terra per *crampesment des parties* o si lasciano sfuggire gli oggetti che tengono in mano.

L'evoluzione può facilmente giungere a un vero stato maniaco, con irrequietezza, loquacità, insonnia; d'altra parte, se si accostano nuove

i fenomeni di ansietà e di prostrazione, si arriva facilmente ad un vero stato di depressione ansiosa. Questo numero di reazioni psichiche vengono in generale considerate come motus e melancolia sovrapposti ed associati al morbo di Basedow. Ma in realtà non sono che una manifestazione baselwica: le presunte psicosi che si assocerebbero al morbo di Basedow consistono per la massima parte in semplici e lunghi episodi di eccitamento manico o di depressione melancolica. La prova della loro natura sintomatica è data dal decorso: benchè questi stati affettivi possano sparire in modo indipendente dagli altri sintomi baselwici, pure nella maggior parte dei casi sono assai ostinati e si protraggono più di quel che non vogliono i comuni accessi di mania o di melancolia. Perciò la mania e la melancolia, se sono accompagnate a sviluppo del morbo di Basedow, comportano una prognosi riservata e meno fausta che nelle loro forme semplici.

In certi casi il morbo di Basedow si associa a fenomeni isterici. Talvolta pare che si tratti di sintomi baselwici determinati dall'isteria; ma nella maggior parte si tratta invece di sintomi isterici che il baselwismo risveglia, mettendo in luce un istintismo latente.

La cura del baselwismo era puramente sintomatica: i bromuri, i sedativi in genere, i tonici cardiaci avevano in essa la parte più importante. La cura chirurgica, consistente nella resezione parziale o totale del corpo tiroide, si può dire ormai abbandonata per il pericolo di morte improvvisa che presenta durante l'atto operativo e per le conseguenze di cachessia strumigena che determina nel caso di un'asportazione troppo radicale.

Ma in seguito alle nuove vedute sulla genesi liraden della malattia, l'operator può curarla con successo proponendo sempre a un individuo *intendementato*; Lanz ottenne buoni risultati somministrando *tablets* di *extrait thyroïdiale*; e Mouton preparò un siero di *extrait thyroïdiale* che in vari casi si è mostrato efficace. Un giudizio definitivo su questi tentativi terapeutici sarebbe prematuro, perchè la prova sperimentale è purtutto limitata, ma è lecito il sperare buon frutto.

CAPITOLO XIV.

La paralisi progressiva

La paralisi progressiva (paralisi generale degli alienati, demenza paralitica, periencefalite cronica) è una malattia cronica, mortale, con lesioni encefaliche ben circoscritte e con sintomi sommamente caratteristici, che riguardano principalmente le funzioni mentali e le motorie. Essa conduce gradualmente all'assottigliamento dell'intelligenza e del carattere, e colpisce persone valide, senza precedenti psicopatici, sia che quasi sempre soffersero di sifilide in gioventù. I colpiti sono in maggioranza di sesso maschile e di età fra i 30 e i 50 anni.

SINTOMATOLOGIA.

Segni e andamento del processo demenziale.

Fra dal primo esordio della malattia le alterazioni psichiche dei paralitici, per quanto possano essere quasi impercettibili, tradiscono il carattere demenziale. Da queste prime alterazioni che ingrossano rapidamente come una valanga, passando per una serie tipica di guasti e ricvine parziali, si arriva in qualche anno, salvo il caso di morte per crisi perimatura, all'estremo grado della demenza, fino al totale anidamento. Tenendo presente questa tendenza fondamentale, i vari quadri clinici della paralisi progressiva si possono riferire facilmente ad una stretta unità.

I primi indizi della dissoluzione psichica rimangono spesso sconosciuti, perché procedono di parecchi mesi od anni il momento in cui l'esistenza d'una psicopatia si comincerà appena a sospettare. I futuri paralitici disimpegnano correttamente i loro doveri professionali e si comportano con senno; ma sembrano come un po' bisognosi. Se in loro presenza si accende una conversazione rapida ed abbondante, sembrano interessarsene per pigritia o per indifferenza. Se può sotto gli occhi del paralitico fare un uomo alativo, passare un biglietto, bisbigliare in

diagnosi e corrispondere inosservatamente la prognosi senza ch'egli se ne accorga; non già per mancanza d'intelligenza, ma per inefficienza d'attenzione e di rapidità percettiva. Ora, in nessun altro stato o forma la cura di piccoli scrupoli permette al medico un contegno così sempre verso il nevrotico, curioso fino all'indiscretuzza, né il paranoico, altero e diffidente, lo tollerante; né solo il paralitico, più quanto ancora ragguardevole, e sempre chiappato e sorretto. Egli non si avvede della riprova schizofrenica nei suoi processi ideativi e specialmente in quello dell'allucinazione. A differenza del nevrotico, che ha inteso il senso subiturno della schizofrenia, mentre la quantità e la qualità del lavoro prodotto non hanno sofferto pregiudiziali, il paranoico si meraviglia delle apparenze altrui, se ciò naturalmente, ed accetta la visita del medico come una superfluità che del resto lusinga il suo amor proprio e il suo egoismo. Vi sono forse dei casi in cui i malati più comuni che convinti, manifestano di non rendersi conto del loro stato normale, ed alla dinamiche obiettiva della vigoria psichica aggiungono qualche un certo scoraggiamento soggettivo, ma il senso d'impotenza psichica è sempre inferiore all'aspettativa reale. Ed anzi può darsi che la correzione logica e l'equilibrio all'interno del malato coesistono così bene le apparenze normali, che i paranoici per rendersi ragione in qualche modo della sua più scarsa partecipazione ai fatti ed ai discorsi altrui, sono costretti a fare le congetture più lontane della verità: che il malato nasconde qualche disamore, che nasconde qualche problema scientifico, è persino che sia diventato un po' senile.

In questo stato di scetticismo profilattico il malato si dedica con fervore letterario, ma plebeo alla sua collezione di francobolli, alla cura del suo giardino, dei suoi fiori, della sua casa; o si crea delle attitudini nuove, trascurando la professione o gli affari, e in questa occupazione non irrazionalizzandosi, ne viene, ma freddo, si dimostra intenzione fino alla polatilità. Vi parla molto tempo e ne discorre con ripetizione fastidiosa. Vi è sempre gli un rinvii e rinvii ad altri tempi, se non in quelli dell'indifferenza. Questi circoli hanno grande importanza, perché, mentre alla presenza, purgano la diagnosi precoce della malattia.

Sempre in questo suo iniziale se presentano salda fatti più gravi, ma che, voluti come sono, non hanno ancora un'impronta decisamente patologica. L'intermezzo, non potenza della sua attività e della salute apparente, anche nel un colloquio d'affari o s'interruppe in una pubblica affare o scrive una lettera che non è sfuggibile o parte per un viaggio senza permesso o senza scopo. Alle inquietudini della famiglia contrappone spiegazioni soddisfatte o una respinta così o superficiale, che fanno dimenticare l'incidente e gli danno il valore d'un fatto casuale.

Oppure sono diviazioni od omissioni di minima importanza, che possono anche impressionare, ma unicamente (e si ripetono) pel loro numero: visite non rese, errori di contabilità, osservazioni scurrili o impertinenti, che verranno sommate o valutate solo più tardi, quando la famiglia sarà spinta dal sopraggiungere di altri sintomi alla ricerca retrospettiva dei primi indizi di malattia.

Queste minuzie transitorie e quasi accessori del caso iniziale non dipendono da insufficienza mentale, né dalla perdita assoluta delle tracce mnemoniche, ma da insufficienza del processo d'attenzione, che a sua volta è l'effetto della disattenzione e della spensieratezza e deve considerarsi come il segno premonitore di una demenza imminente, ma non ancora in atto. La demenza in atto si manifesterà più tardi con sintomi più continui e più evidenti.

Nel paralitico diminuisce la resistenza alla fatica psichica: egli è incapace di attenzione prolungata, e le sue percezioni diventano poi tarde e meno precise. I malati restano estranei o indifferenti a ciò che accade attorno o dentro di loro; prendono ogni cosa con leggerezza, la professano, l'economia domestica, l'avvenire dei figliuoli, cessano insomma dal comportarsi e dal sentire all'unisono con gli altri. Dalla semplice torpidezza si passa ad una vera e profonda indifferenza del carattere.

Con meraviglia di tutti, il paralitico si afferma pubblicamente per uno stravagante, uno scioccatore oppure un libertino. Si tratta d'una stravaganza sistematica, e stabile, che condiziona il malato, senza un motivo plausibile, e non vede pagare una spesa, o dedicare un lungo indugio, o sofferarsi il mese in una tenda. Non meno puerile è la prodigalità che lo spinge a comporre con pipe di sobbia in una volta, o un gran numero di cravatte, libri che rimangono intesi, zite pari in quantità sproporzionata. Anche la dissolutezza è più di parata che di sostanza, o si sfoga clamorosamente, ma senza continuità e senza pudore.

Queste abitudini viziose non si sviluppano per un perversimento cosciente dei criteri etici, né con una motivazione ponderata, ma rispondono all'impulsività, finalmente, imperiosamente, per la paralisi, duratura o momentanea, d'un sentimento, d'una ragione o d'una virtù: e quindi nel futuro morale non rappresentano che una perdita. Se qualche volta, nel disastro del carattere, il paralitico può sembrare migliore di quello che con allo stato normale, se l'avere distribuito qualche regalo, se il tiranno domestico ed amministrativo rallenta i frasi della disciplina nella famiglia o nell'ufficio, la nuova insurrezione psichica, per quanto forse più singolare, è pur sempre meno diversa dall'antico.

L'altissima moralità si rivela in atti più gravi e grossolani: nei freni sacrosanti di oggetti senza valore, espressioni tipiche della così detta

tepfossione, o coi tentativi per lo più insensati di litamine contro natura, talvolta in pubblico e senza che il malato mostri di sentirne rimorso o vergogna.

Queste azioni morbide hanno carattere regressivo e rientrano nella cerchia del processo sentimentale. Le meno gravi, se non avvertissero in malati adulti, che avevano già dato prove non dubbie della propria serietà, passerebbero quasi come manifestazioni naturali: basterebbe poter invocare per esse l'attenuante della gioventù o di un carattere puerile. In altre parole, le imprudenze, le sguaiarderie e gli atti immorali dei paralitici portano l'imputata dell'insufficienza intellettuale non disgiunta da una certa bonarietà. Di tale insufficienza è una riprova anche la facilità con cui i paralitici si lasciano intimorire o si ricredono e poi ricadono nell'errore. Se poi i loro progetti non sono sempre assurdi per sé stessi, li rende puramente assurdi l'impreparazione personale dei soggetti: un commesso di bottega dilettandosi si accinge a scrivere una tragedia in versi, un ignorante oscuro e senza mezzi vuol mettersi alla testa d'una spedizione geografica o d'una nuova industria, e per raggiungere il suo intento si affrettava ad un programma magiloquente, ma insolito, anzi appena elaborato.

Malgrado il deterioramento morale, che del resto non è costante, si conservano abbastanza a lungo gli affetti, soprattutto quelli di famiglia, ma anch'essi subiscono qualche eclisse momentanea o diventano in ogni modo più superficiali. La demenza si accentua fino alla più volgare evidenza quando i paralitici cominciano a dar segno di smemoratezza permanente, ossia quando un certo numero di ricordi è irrimediabilmente perduto. Questa perdita si limita da principio ai ricordi recenti, ed è fondata sull'incapacità parziale o totale di ritenere le impressioni nuove. Così si produce uno stato di *disorientamento* profonda rispetto al passato più prossimo e indirettamente anche rispetto al presente. Il malato continua ancora alla meglio i ricordi unati e poco allegri del proprio passato lontano, ma non mostra di tenerne gran conto, e con una irreflessività che arriva all'incoerenza li rinnega volentieri a beneficio della confusione presente. Gli istinti fondamentali, liberati da ogni specie d'inflazione, acquisiscono il sopravvento, e il paralitico è o si sente cambiato anche intellettualmente.

Al posto della critica, e soprattutto dell'auto-critica, non gli resta che la più goffissima credulità. Rinchiuso in un manicomio, senza deludimento i vincoli imposti alla sua libertà personale e s'illude di trovarsi in un albergo o in una casa propria o in uno stabilimento di nuovo genere. Se chiesto ogni tanto, per abitudine, di tornare presso la famiglia, qualunque risposta banale lo contesta; per lo più non conta i giorni e, come se

avrebbe perduto la nozione del tempo, accetta con piena fiducia l'eterica promessa: *donami!*

A poco a poco si cancellano dalla coscienza anche i ricordi remoti: i malati non sanno più né la loro età, né il numero dei loro figli, né il nome del paese nativo. Così smarriscono completamente il sentimento della propria personalità e insieme anche quello della realtà esterna. Per essi non esiste più nulla d'inverosimile; ai ricordi mancanti s'interpongono i ricordi falsi e le convinzioni più assurde: hanno mille anni, cinque patrie diverse, venti figli tutti della stessa età; sono contadini e possidenti, uomini e donne, oppure Adamo, Eva e Carlo V in una sola persona. Trivolti nel più profondo narcisismo, non se ne accorgono affatto: magnificano ancora la propria salute. Infine, si riducono alla pura vita vegetativa; non conservano più che balugini d'idee, frammenti di linguaggio, residui incoerenti di attività volontaria: non riescono a governare le funzioni del retto e della vescica; periscono decisamente non importa chi ne perché; si riempiono le tasche di sassi; riposano per mesi interi, anche se nessuno è presente, lo stesso grugnito stereotipato di benevolenza, che compendia tutto il loro movimento mentale.

Stati d'animo e deliri.

Il processo di demenza che abbiamo descritto costituisce qualche volta tutto il quadro psichico della malattia, al di là del quale non resta che la cornice dei sintomi motori e viscerali: e si ha la così detta *forma sparsa* della paralisi progressiva. Ma vi sono altri fenomeni d'ordine psichico che, anche non appartenendo strettamente al processo demenziale, si svolgono parallelamente senza smentirlo, né disturbarlo.

Non tutti i paralitici sono indifferenti: anzi una buona parte di essi è in preda ad un esaltamento che è quasi costante nei primordi e che può accompagnare tutto il decorso della malattia, dando luogo a fasi e varietà caratteristiche più frequenti e più interessanti degli stati d'indifferenza e della forma apolitica.

Un sentimento particolare di benessere, di *esuberanza* genera nel malato l'allusione d'uno straordinario accrescimento della forza muscolare, digestiva, pratica ed intellettuale: tutti i suoi visceri sembrano in festa come per una specie di *infiammazione generale*, e questa parvenza di trippa, perenne s'irradia realmente e largamente all'esterno negli occhi luccicanti di compiacenza, nella muscolosa sorriso del viso, nella baluginata ironia, nell'entusiasmo illimitato dei giudizi. Si direbbe che il paralitico si trovi sotto l'influenza d'un altro miracoloso per cui, mentre l'oc-

zianismo e l'intelligenza vanno correndo all'ultima rovina, cresco e si esalta al colmo la coscienza di sé.

I malati diventano insensati, loquaci, turbolenti, e di quando in quando, malgrado un fondo di esagerata giovialtà, possono anche trascendere a momentanee violenze, seguite però sempre da magnanimi perdoni. Una simile esaltazione, sconvolgendosi come un turbine sopra un cervello già devastato dalla demenza, solleva le idee vanitose e i propositi d'ambizione. Così si stabilisce un delirio di grandezza non molto fermo, ed molto concesso, ma che di sovente raggiunge le dimensioni più iperboliche. Da principio il paralitico delirante non è interamente in buona fede, e nel racconto delle sue gesta si abbandona un poco alla solfisteria; oppure si limita a vanterie moderate; ma più spesso la sua delirio critica è così profonda, che gli permette di scambiare per vero tutto ciò che gli pare e piace.

Siccome il campo dei desideri e della fantasia non è sempre molto esteso, può darsi che la regolazione si affermi in modo affatto elementare e ciclico: i malati si vantano timidamente, ma contro ogni verità « affatto *hac* di proposito, d'avere un bellissimo cappello o una matita col piume d'argento o una calligrafia da angeli. Il delirio più comune è quello della ricchezza: molti sacchi di patate, quattro milioni di lire, cinquecento miliardi, tutto l'oro del mondo, ha dove giungono la fantasia e l'istruzione aritmetica dei malati. Ma per lo più il delirio di grandezza si «*crivessa* in tutte le forme possibili senza molta coesione. Il malato non è tanto esposto quanto vanaglorioso, e racconta con gran pazienza le cose più incredibili: ha alzato un peso di cinque quintali, ha ucciso dieci leoni, ha cantato in chiave di baritone, di basso e di tenore, ha mille esaltiche nel suo *berce*, promette palazzi, cariche ed onorificanze in compenso d'un minimo favore o di una parola gentile, è onnipotente ed onnisciente. Oggi è generale d'Europa, re di Roma e delle stelle; domani sarà papa, antipapa, poliglotta, numismatico e primo ministro.

Un quadro psichico del tutto opposto presentano quei paralitici la cui coscienza è inasorata da una serie di sensazioni sgradevoli, straordinarie e non piacevoli; sono i paralitici melanconici. Il solito questo stato d'animo è poco accentuato e non duraturo, caratterizzando più che altro il primo esordio della malattia. Ma non è raro che il malessere costitutivo assuma una forma più peccata e si sistematizzi in qualche *folie* o nel delirio *quadrangolare*. Il terreno demenziale da cui germoglia questo delirio gli conferisce gli stessi caratteri d'incoerenza, di fugacità o d'ipertrofia assomigli per cui si distingue nei paralitici il delirio di grandezza. I malati fanno la testa di vetro, le gambe di sughero, una pietra al posto del cuore; sono senz'occhi e senza visceri; la loro lingua è caduta nello

stomaco; i donni saranno morti; sono anzi già morti e putrefatti, pesato trecento chili, il loro orifizio anale è otturato per sempre, la loro statura è microscopica.

Qualche volta le idee deliranti del paralitico attecchiscono quelle del melanconico, ma le sorpassano immensamente quanto alle proporzioni ed all'assurdità. È un delirio di necromanzia a base di paranoie e con estrinsecazioni parafossali, che quindi ha molti punti di contatto colla megalomania, per quanto si presenti in certo modo come il suo contrapposto.

Nella paralisi progressiva può anche prodursi precocemente e transitoriamente uno stato di *contenance exaltée* con o senza agitazione motoria, che non corrisponde ad un grado profondo di demenza ed anzi è indipendente dal processo demenziale; i malati, dopo aver presentato il quadro più spaventoso dell'incoerenza e del furare, possono ritenere rapidamente ad una relativa lucidità. Nel corso di pochi anni il paralitico in stato confusionale agitato con insulti ed altercoia con effusione le persone che lo circondano, sale in piedi sul letto, picchia la porta, rompe seggiole e vetri, si lacera gli abiti, si griffa il viso e i genitali, vocifera parole sconnesse, si spata nelle mani, perde le feci, s'innervatizza, rovescia il cuscino e disgrega le lenzuola. Di rado predomina la violenza — e si ha lo stato somatico, più spesso predomina il disordine — e si ha lo stato confusionale senza vero furare.

D'altra parte non è impossibile, se la demenza è poco inoltrata che si formino deliri sistematizzati, non molto diversi da quelli che si riscontrano nel decorso di altre malattie mentali. Queste forme paranoiche di paralisi progressiva rappresentano una reazione psichica dello meno irragionevoli ai falsi allentamenti e ai falsi allarmi della senescenza, e appunto per ciò non si delincono che negli inizi della malattia e nei periodi di remissione. L'apatia e i deliri ipertrofici di grandezza o d'ipocondria denotano una disorganizzazione più profonda, e compiuta o persistente negli stadi avanzati.

Così accade che la depressione affettiva si manifesti con un delirio persecutorio: il malato si lamenta d'essere stato oggetto di ranzanature e di oulità, e sarà compagni d'ufficio gli uettevano nell'acqua la cantarinina, lo chiamavano l'erotonime, un giorno fu assalto e percosso da sconosciuti, un'altra volta fu atterrito e disturbato per forza sulla pubblica strada, una vicina di casa l'aveva umiliato rendendolo impossibile. Anche l'esaltamento può rivelarsi con deliri più stabili e più coerenti della consueta megalomania uniforme e parafossale, p. es. con un delirio erafico. Riconoscere in questi deliri la linea demenziale, e quindi l'origine paralitica, non è sempre facile, e talvolta non vi si arriva che indirettamente, sulla traccia dei sintomi d'ordine somatico.

Crisi ed accessi.

Circa 90% dei paralitici vanno soggetti a convulsioni, come verifica J. G. Surin in una statistica di 200 casi. Oltre agli accessi epilettiformi, sono abbastanza frequenti gli accessi apoplettiformi ed altri fenomeni localizzati, che possono scomparire rapidamente, e che non dipendono da grossolane lesioni a focolaio.

Fra questi sintomi critici, che danno un'immagine caratteristica alla paralisi progressiva e che influiscono sul suo decorso clinico, sono da notare: l'*Entéele Anagoraike*, le improvvise congestioni del capo, le elevazioni assommate della temperatura, le vertigini, la perdita delle crisi in soggetti ancora lucidi e vigorosi durante il sonno, il rigido senza sonno, la *paralisi hystera* o forse altre forme di *paralisi circonscritte* alla statura comune, ma di cui finora sfuggiva il carattere critico (Nissenz).

Tutte queste crisi più o meno appartenenti, non diversamente da alcuni accessi epilettiformi ed apoplettiformi, si devono interpretare come esponenti clinici di modificazioni organiche fra loro analoghe e strettamente connesse col processo morboso della paralisi progressiva. Anche nel lato clinico, come nel metodo in evidenza sintomi nuovi ed estranei al decorso ordinario della malattia, ma rappresentando piuttosto l'aggravazione in forma rapida, grave e precisa d'uno o dell'altro fra i sintomi caratteristici del processo morboso, che si aggrava o si localizza più o meno simultaneamente in un dato territorio della corteccia o nei vari nuclei grigi dell'encefalo. Le stesse parolisi successive ai più gravi accessi (ossimazione l'epilogo, il più delle volte effimero, d'un accesso convulsivo; e se pure derivano da un semplice accesso apoplettiforme, non sono quasi mai prodotte da emorragie o embolie od altre grossolane lesioni a focolaio. È probabile che il processo fondamentale della paralisi progressiva, qualunque sia, eserciti un effetto irritativo o paralizzante a seconda dell'intensità che possiede e della resistenza che trova, nei vari tessuti e nei vari centri corticali o subcorticali, e che perciò tutti i sintomi della malattia, compreso gli accessi, non siano almeno nei primi stadi, che la manifestazione parziale di un'attività generale e variabile.

E infatti, dalla crisi motoria più gentile, passando per le più lievi ed effimere, si arriva gradatamente ad una serie di crisi difficilmente ascrivibili, che si riferiscono ai sintomi più comuni di paralisi progressiva e non sono classificate fra gli accessi solo perché la loro comparsa è scottistica, per quanto avvenga probabilmente all'improvviso, sfugge quasi sempre all'osservazione a motivo della scarsa apparizione del sintomo. Così avviene riguardo ai mutamenti della motricità papillare e a quelli

dei riflessi papillari, la cui espressione rimane oscura se non vi è chi li esplora con premiositazione.

Di tutti i sintomi accessibili l'accesso epilettiforme è il più imponente. Nulla lo contraddistingue, riguardo alle sue manifestazioni, dai comuni accessi epilettici, e può presentarsi in tutte le fasi della malattia, con tutti i gradi d'intensità e di frequenza. Qualche volta (raramente) la convulsione apre la scena della paralisi progressiva, più spesso la chiude con esito letale, talvolta la tronca precocemente o acqraggiunge a confermare una diagnosi dubbia; nel più dei casi si ripete a lunghi intervalli, contrassegnando altrettante fasi della malattia. Oltre agli accessi generali, si notano convulsioni *monocloniche* o *jacksoniane* con localizzazione unilaterale e perdita non totale della coscienza. Sul termine della malattia le crisi convulsive possono ripetersi in numero straordinario ad intervalli di pochi minuti, e vi sono malati che soccombono dopo cento e fin duecento accessi accumulati in un paio di giorni. Simili accessi in serie, accompagnati come sono da insensibilità, incoercenza, elevazione della temperatura, respiro sconcertato, irregolarità del polso e collasso, conducono molto vicino all'agonia, *salvato* qualche volta non sintomatici e lasciano al malato la possibilità di rimettersi alla meglio.

Dopo la convulsione rimane spesso la paralisi in forma di *emiplegia*, *emiparesi*, *monoparesi*, che però si dilegua rapidamente, anche in uno o due giorni. Gli accessi *apoplettiformi* si presentano anche senza la precedenza di convulsioni, e possono passare inosservati. Le paralisi sono seguite da *contratture precoci*, che può comparire persino dopo poche ore (Lugano).

L'accesso apoplettiforme può colpire i centri della parola e prendere l'aspetto dell'*afasia motoria* a tipo corticale senza emiplegia, che non dev'essere confusa coll'anemia della lingua e delle labbra. Quest'ultima ha un'origine nucleare e progressiva e del resto conduce difficilmente all'impossibilità assoluta di parlare. Sono pure da notarsi gli episodi passeggeri di *sondoli verbali*.

Un'altra forma di crisi paralitica è la *congestione della faccia* congiunta con sopore o con offuscamento della coscienza. Spesso queste crisi congestizie, assai evidenti, preludono ad altre crisi più gravi o sono esse più gravi esse stesse da complicazioni paralitiche, come il riflusso del cibo o il vomito.

Quando gli accessi sono o molto gravi o molto ripetuti, è difficile che scompaia la paralisi, non ne rimane nessun'altra traccia. Spesso, dopo questi accessi, gli infermi passano in uno stato durevole di *defezione motoria* o scendono di parecchi gradini nella scala della demenza. Gli accessi più leggeri lasciano dietro a sé tracce meno gravi, ma altrettanto

interessanti, modificando lo stato d'animo, il contenuto del delirio, la reattività della pupilla o il contegno dei riflessi patologici.

Lo cerchiamo avvalorare maggiore importanza, specialmente come sintomo precoce della paralisi progressiva, se sopravvenendo in soggetti ben portati e per nulla disposti a credersi ammalati non si sottraessero quasi sempre alla verifica immediata. Di solito il medico non raccoglie questo sintomo che in grazia di un interrogatorio retrospettivo che effettua quando lo stato demenziale del malato è tanto inoltrato, da rendere confuso, esagerato e quindi assai dubbio il suo racconto.

Molto più facile, anche negli esordi della malattia, è la verifica di altri sintomi accessori che, per quanto lascino indifferente il malato, non possono sfuggire alle persone che l'avvicinano: p. es., la perdita delle feci sia durante il sonno, sia anche durante la veglia, senza darve, né dolore; più raramente il vomito improvviso senza nausea, né indigestione. Simili incidenti possono effettuarsi anche una volta soltanto.

Benché la paralisi progressiva sia una malattia essenzialmente alibritica, può accompagnarsi per eccezione non rara con elevazioni decennarie di temperatura, anche fino a 42°, che compaiono e scompaiono al solito modo, senz'alcuna relazione coll'andamento generale. Si tratta di febbri paradosse che dipendono da un disordine dei centri neuroregolatori, sui quali per qualche circostanza speciale si riversa e si localizza in quel momento l'azione del processo morboso, provocando una specie di equivalente termico dell'accesso epilettiforme.

Infine avviene qualche volta che i paralitici o pericostanti o in uno stato già o meno inoltrato della malattia presentino improvvisamente respiro di Cheyne-Stokes, polso gravissimo, vertigini, difficoltà della deglutizione, perdita della parola, polso piccolo, frequente ed aritmico, spossatezza generale ed incoscienza, ossia la sindrome d'una perenne battente, che li condurrà a morte in poche ore. Questi gravissimi accessi possono anche disporsi a piuttosto presentarsi sotto forma abortiva per uno o due volte, ma di solito in largo la recidiva, e con i malati finiscono col soccombere. Quest'esito della paralisi progressiva non è menzionato come un fenomeno inerente al processo naturale della malattia, ma esso non è così raro da non meritare un posto nella serie dei sintomi accessori e come un fattore di anticipazione nella data della morte, di cui si deve tener conto nella prognosi. L'apparente battente di questa sindrome non esclude ch'essa possa riferirsi, come le precedenti, alla corteccia cerebrale, i cui centri siano inghiottiti all'unisono con le sezioni della zona motoria degli arti.

Sintomi motori.

Nella paralisi progressiva sono rare le paralisi estese e profonde; piuttosto si osservano paresi e paralisi non totali, che sopravvengono quando la malattia è già avanzata e che determinano una forma speciale d'insordimento con difficoltà e lentezza nell'eseguire i movimenti volontari. Solo in pochi casi e assai tardivamente si rendono del tutto impossibili la deambulazione, l'alimentazione spontanea e la favella. Vi sono anzi paralitici che, salvo qualche paresi anche abbastanza estesa, spingono una forza non comune nel cammino o in qualche esercizio muscolare di facile esecuzione, incoraggiati talvolta anche dalla mancanza del senso di fatica. Invece è assai comune che non riescano a caricare l'orologio, ad annodare la cravatta, ad abbottonare i pantaloni, a compiere in modo sinergico movimenti ordinariamente dissociati, a scrivere ed a pronunciare correttamente certe parole, a ballare, a tirare di scherma, a padroneggiare con perfezione tutte le gradazioni espressive d'un sorriso. Solo nell'ultimo periodo della malattia, si ha, spesso, uno stato di paresi generale con accentuata ipertonìa.

Una sede prediletta di svariate e inquietanti alterazioni motorie è la pupilla. Tali alterazioni, se si presentano negli stadi iniziali della malattia, sono riparabili; o se non subiscono riparazione, dimostrano col dar luogo a disturbi successivi di significato opposto di poter essere transitorie e indipendenti da lesioni distruttive. Il più frequente fra i sintomi precoci è il così detto *Stasmeno di Argyll-Robertson*, per cui le pupille reagiscono all'accomodazione, ma non alla luce. Molte volte le pupille rispondono all'eccitamento luminoso con reazioni più tarde e più deboli di quelle che si osservano nei normali, e possono anche presentare rigidità assoluta. Si ha potuto verificare che la rigidità pupillare può scomparire o ricomparsi nel decorso della paralisi progressiva, come fu già osservato nella tabe dorsale (EMMONS, THURTELL). Il miglior modo di praticare l'esame consiste nell'innalzare ed abbassare una fiamma situata in posizione fissa e che si possa misurare con un rulinetto, senza ricorrere a schermi che alterano l'accomodazione.

Talvolta le pupille sono simmetriche come nei normali; ma siccome differisce la prontezza della reazione, si produce un'asimmetria *transitoria* durante l'esame, perché ad ogni modificazione dell'ambiente luminoso una pupilla reagisce molto prima dell'altra. Assai più di sovente l'asimmetria della pupilla è permanente (*anisocoria*), e in tal caso vi è un grado più o meno assoluto di rigidità, per la più nella pupilla allargata. Negli stadi iniziali è abbastanza frequente, come nella tabe, la

ziosi. La miotonia è più frequente negli stadi più avanzati e più colpisce malati che avevano presentato spiccatissima miotia. Sono istituzioni di tutti i casi eccezionali d'inversione del riflesso pupillare alla luce, per cui la diminuzione dello stimolo luminoso determina restringimento invece di allargamento, e viceversa (Roux, Morselli, d'Ardeno): questo singolare fenomeno può presentarsi come una falsa apparenza quando la reazione vera è tanto scemata da sfuggire all'osservatore.

È uero che le pupille dei paralitici presentano qualche volta un'odo irregolare, p. es. ovale o poligonale (Morselli, Morsani). In regola tutti questi sintomi sono da imputarsi all'oculomotore o non al simpatico, che rimane estraneo al processo morboso; e infatti la miotia, come espressione d'ipertensione della oculomotore, è più frequente da principio o nei casi floridi, cioè durante la fase irritativa della paralisi progressiva, mentre la miotonia, come espressione di deficienza funzionale dell'oculomotore, è più comune nella fase terminale di esaurimento o nei casi a decorso rapido.

La lesione irritativa, sospensiva o distruttiva che sia, si limita quasi sempre a quel nucleo dell'oculomotore che innerva i muscoli oculari intrinseci. Però anche gli altri nuclei, benché assai più raramente, possono essere colpiti; e puramente anche i nuclei d'altri nervi oculari, p. es. quelli dell'abducente. Infatti furono registrati recentemente diversi casi di paralisi dei muscoli estrinseci con atrofie dei nuclei corrispondenti (Suzuki e Bolden). Era strano che su questo fenomeno non si fosse mai rivolta prima l'attenzione degli osservatori; tuttavia similare, però, nistagmo, come nella paralisi progressiva fatti del tipo eccezionali.

Non meno importante dei fenomeni pupillari è la morbosa maniera di comportarsi del riflesso rotulo, che nei paralitici progressivi non sono quasi mai normali. Il più delle volte i riflessi patellari sono molto esagerati; qualunque sia la posizione delle gambe, si può provocare una reazione clinica. All'esagerazione del riflesso rotulo si aggiungono, non di rado, come una conferma, il clono del piede e la trepidazione della gamba. Per lo più il fenomeno è bilaterale e di pari intensità.

Quando il riflesso del ginocchio non è esagerato, è abnorme o quasi abnorme, per cui, in le varie eventualità possibili, è assolutamente eccezionale quella d'un riflesso normale. I medesimi malati possono presentare in queste successive del processo paralitico un completo diametricamente opposto dei riflessi patellari. Generalmente si comincia coll'esagerazione e si finisce coll'abolizione; notissimo, anche l'abolizione può presentarsi come sintomo precoce.

Le irregolarità dei riflessi rotuli rappresentano per la loro grandissima

frequenza e per la loro frequente precocità un prezioso criterio di diagnosi. I mutamenti di contegno in questa forma di reattività sono spesso in rapporto stretto colle crisi epilettiformi (Leciano). Non è vero che i riflessi patellari siano esagerati se la gamba è rigida ed aboliti se la gamba è rilassata o paretica: il tono muscolare ha bensì qualche rapporto colla modalità dei riflessi, ma le sorgenti dell'uno e degli altri non collimano completamente, e le alterazioni generali della tonicità muscolare s'infondono nei paralitici meno costanti che le alterazioni del riflesso rotuleo.

È purmente contrario al vero che nella paralisi progressiva si debbano distinguere due tipi clinici differenti, cioè un tipo spastico e un tipo tabetico. In realtà, siccome in uno stesso malato i riflessi patellari possono presentarsi esagerati o mancare a seconda del momento in cui cade l'osservazione, è evidente che non esistono due forme di paralisi progressiva in antagonismo anatomico e fisiologico fra di loro. Con ciò non si nega l'avventata associazione del processo intossico col paralitico, che prende il nome di *toxo-paralisi*.

La paralisi progressiva è sempre una malattia eminentemente cerebrale, e le alterazioni dei riflessi rotulei sono prevalentemente dominate da lesioni del cervello. Se a queste ultime si aggiungono abissalmente di spesso, ma in modo non necessario, anche lesioni spinali, simili complicazioni non sono così costanti da spiegare i disordini di vari genere che così costantemente si osservano nel contegno dei riflessi rotulei, e molto meno possono autorizzare ad ammettere due forme antagonistiche di paralisi progressiva, la spastica e la tabetica. Vi è anzi un discreto numero di casi in cui i riflessi rotulei si dimostrano prima esagerati e poi aboliti, non perchè il processo morboso si porti sopra un territorio diverso, ma perchè la sua azione, diventando più intensa, produce effetti diversi anche senza aiuto di sedi. Anche la successione sintomatica dalla miosi alla midriasi, che sembra suffragata dall'esperienza, ribadisce questo modo di vedere.

Un fenomeno che non manca quasi mai, e che spesso come sintomo precoce ha valore decisivo per la diagnosi, è l'*anossia*. Nei gradi estremi la faccia del paralitico è una maschera immobile ed inespressiva, in cui di vivo non brillano che gli occhi (fig. 81). Il fatto è così evidente, che talvolta permette all'alienista esercitato d'improvvisare la diagnosi *in pectore* prima che il malato o i suoi congiunti abbiano aperto bocca, e di distinguere a prima vista i paralitici in ariezza e continui d'alienati ignoti.

La causa è uno stato di paresi o piuttosto d'ipotesia che interessa il facciale inferiore. Infatti, mentre gli occhi sono egualmente aperti e vivi, mentre la fronte si corruga e si spiana con energia involontaria per-



Fig. 71. — Paralisi progressiva: sorriso.

satella sfiorita. Il sorriso, specialmente, si riduce ad una pura ipocresia (smile). Nelle circostanze ordinarie poi il paralitico ha un aspetto d'indifferenza grottesca che contrasta strammente col suo parlare e colla sua faccia e clucorosa, per quanto superficiale, positività. Bisogna tuttavia rammentare, per non essere tratti in errore, che anche fra i normali esistono faccie amiche che, per questo loro difetto costituzionale (derivato forse all'altalena della dissimulazione), riescono generalmente antipatiche.

Che non si tratti di vera parolai si dimostra la capacità che i paralitici conservano di soffrire o di tischiare, salvo negli ultimi stadi, mentre invece non sanno più esprimere nessuno insistentemente contriti (come la chiusura degli occhi

suo esagerata, coquisce l'innervia o, più esattamente, la lentezza o la discontinuità con cui si vedono arrivare gli impulsi motori nel dominio delle guance o della labbra (fig. 82). Oppure avviene che ammalati del volto spatici e dementi esprimano una tristezza che non hanno (fig. 84).

Prima di poter assumere l'atteggiamento della parola o del sorriso la faccia del paralitico s'indaga per qualche secondo in una velleità trepidazione latente; e quando più o meno simultaneamente, lo scopo mimico è raggiunto, non si osserva alcuna esaltazione espressiva al di là delle contrazioni muscolari strettamente necessarie. L'espressione degli stati affettivi è quindi incompleta, sommaria e simile ad una



Fig. 72. — Paralisi progressiva: anche in questa nel campo del facciale intanto un ingrandimento dell'osservazione clinica nella parte superiore del viso.

con simultanea apertura della bocca) o movimenti insolitamente dissociati (come la chiusura isolata d'un occhio). In generale l'anima è bilaterale e simmetrica, e nei gradi lievi non è sempre facile assicurarsi della sua presenza, specialmente se non si conosceva prima il malato. Per mettere in sicuro rilievo un sintomo che ha tanta importanza diagnostica si provocherà ad arte l'ilarità o la commozione patetica del paralitico, che per lo più vi si presta con grande facilità.

La bocca è sede qualche volta anche di contratture. *Articuli involuntarii*.

Irregolarità motorie si verificano anche nel dominio di altri organi, specialmente sotto forma di movimenti involontari e ripetuti, come il *disordinamento dei denti*, gli atti di *restituzione a bocca chiusa* o a labbra chiuse, lo *schiaffeggiamento della lingua contro il palato*. I due primi appartengono alla sfera d'azione della 3.^a branca del trigemino, l'ultimo a quella dell'ipoglosso. Questi sintomi, che negli stati di grave demenza o insensibilità s'incontrano comunemente all'indizio della paralisi progressiva, hanno un valore tutt'altro che volgare quando si presentano precisamente in paralitici giovani e lucidi, la cui malattia è ancora incerta. Persone che si comportano correttamente



Fig. 81. — Paralisi progressiva, anemia nel campo del fascio laterale, espressione finta degli occhi e della fronte.

e sostengono con sufficiente disinvoltura una conversazione regolare (in sercizio fra una risposta e l'altra questi movimenti intempestivi e più o meno numerosi, la cui ripetizione ostenta impressione anche gli osservatori inesperti, interrogati in proposito, dicono di non essersi avveduti di nulla o danno del fatto una spiegazione incoerente).

A carico dell'ipoglosso si notano anche i *moti ossei ronzanti* della lingua, che del resto si presentano in molte altre affezioni, p. es. nell'alcolismo. Si notano anche fenomeni di *deficienza motoria sotto forma di tremore* per la più dell'intera massa linguale, e tanto grave da costituire un serio ostacolo ai movimenti intenzionali, specialmente nell'articolazione della parola; ma quando si verifica questo sintomo, d'altra parte comune a parecchie malattie nervose, la paralisi progressiva è

così (altrata e la sua sintomatologia così ricca, che non si vuole tenere gran conto).

La debolezza funzionale del faringeo e quella dell'ipoglosso, sommandosi insieme, danno luogo alla *disartria*. Da una minima difficoltà nella pronuncia delle labiali e delle linguali si arriva fino all'*avortito*, ossia all'omissione di suoni quasi completamente inarticolati. I gradi più leggeri di disartria, che si manifestano di tanto in tanto e in modo appena percettibile, hanno la massima importanza per la diagnosi, come uno dei più caratteristici fra i sintomi precoci. I malati incespitano leggermente, ma senza interrompere il discorso, quando ripetono numerosi e ravvicinati i suoni labiali e linguali, come in questa *bratta d'abbigliamento*, che è la frase-reativa consacrata in tutte le lingue d'Europa per questo esame. Anche il meno disartico dei paralitici supera difficilmente lo scoglio delle ultime sillabe e pronuncia *arbitraria* o *arbitraria*, ma in maniera così dissona e maldesta, che l'errore sfugge immediatamente ad un orecchio non prevenuto. Negli stadi più inoltrati gli scambi sono più gravi, come da *parafissico* a *parafissico*, *parafissico*, *parafissico*; e in questi casi alla difficoltà dell'articolazione si aggiunge l'imperfezione dell'impulso corticale.

Negli ultimi stadi della paralisi progressiva i malati sono quasi sempre affetti da *arabismo*; la lentezza dell'elazione e la paresi della lingua, della labbra, del viso-parabolo concorrono a rallentare la parola. La voce diventa monotona come quella dei mendicanti professionali.

Altrettanto caratteristiche sono le alterazioni della scrittura, che permettono persino la diagnosi postuma, p. es. sulla traccia d'un testamento olografo. Qualche volta fin dai primordi della malattia si nota il *breve* limitato ai tratti ascendenti delle lettere e che ha un significato simile a quello della disartria; esso si deve all'imperfetta coordinazione dei movimenti che dipendono dai muscoli estensori ed abducenti delle dita. In seguito si accentua, più che il *breve* o la debolezza, il *disordine* *obscuro* dei piccoli movimenti grafici; lo scritto è micrografico (fig. 84) per forza maggiore, non per elezione, con lettere accavalcate o fuori del margine; le aste discendenti nascono anche perché il malato, premendo troppo la penna, esaurisce ad ogni momento la sua provvista d'inchiostro e si affrettava di rinnovarla. Da ultimo, la scrittura diventa un insieme di segni indifferenziati e indecifrabili (fig. 85): non solo è compromessa la rappresentazione motoria dei movimenti grafici, ma anche la rappresentazione visiva delle parole e delle lettere. È il processo demenziale che non riconosce più limiti di localizzazione.

Ma prima di giungere a questi estremi e quando la scrittura, ferma o senza tremore, non tradisce ancora la intensa deficienza d'immaginazione

mentarsi, assieme frequentemente ch'essa dinanzi con altre caratteri-

Garo Gigino
 Vieni presto
 a Torino per
 combinare
 un viaggio
 e perchè ti
 regala
 un orologio
 d'oro
 Giario & figlio
 A. S. S. S.

Fig. 14. — Scrittura di paralitico, alternando anche nel costante; due pezzi di grafia (con ortografi, omissioni di lettere e altre) interconnesse a confronto alla scrittura normale dell'ideismo, che ora ha un'ortografia alternante limitata.

stiche irregolarità la disorganizzazione incipiente dei processi ideali. Così il paralitico, con una scrittura calligraficamente perfetta, aggiunge:

ometta o traspona lettere e sillabe: *milidre* invece di *milidre*, *afonazzano* invece di *stauziato*. Così invece di *Clelia*, (fig. 80), *cliebreza* invece di *cl-*

Fig. 80. — Scrittura di pastiche: Fiumi (Toscano).

brezzi, *ferdinado*, *Fieridido*, *Fekassido* invece di *Ferdinando*. Se un errore di questo genere si presenta due o tre volte, isolatamente, in uno

Fig. 81. — Soprintesa di una lettera scritta da un pastiche a una moglie. Un cattivo esempio di lettere e sillabe isolatamente ripetute di slancio nella parola *stanziata*. La lettera era chiusa con un filo di piuma. Il malato uscì dal manicomio in stato di completo perfezionamento durante il suo ultima soggiorno.

scritto logicamente corretto e calligraficamente irripetibile, può recitare un significato assai importante. Il significato è ovvio quando vi sono altri indizi più che di disgrazia, di demenza, come le macchie d'in-

chiostro, geroglifici, sgorbi, parole incomprensibili e non finite, lettere sovrapposte ed anche semplice aggettivazione.

Gli scritti dei paralitici sono interessanti anche per la facilità del loro contenuto, come si vede nella lettera della fig. 84 e in quella della fig. 87.

Cara moglie

O caro figlio, che venga a trovarmi;
 Ho ancora degli affetti - pochi -
 Ho bisogno di parlare. Di cose riguardanti
 il mio stato, per cui io non voglio
 passare la giornata nel Maricònia.
 Dirai ad Alfredo che mi mandi
 due fogli di carta, 3 buste, e 5
 francobolli di 2; e dinotterò al
 fabbro di casa, una sapinetta -
 per 50 di formaggio Parmigiano, 5
 mele e 5 pere; e che non ho
 che soltanto da tutta la famiglia
 Due aff. Mario. L. P. Laffi.

Fig. 87. — Lettera di paralitico: «Caro figlio. Il bisogno che venga a trovarmi ha il mio
 figlio Alfredo, perché ha bisogno di parlare di cose che riguardano il mio stato, perché
 io non voglio passare la giornata nel Maricònia. Dirai ad Alfredo che mi mandi
 carta, 2 buste e 5 francobolli di cui 5; ed indicherò al fabbro di casa, una sapinetta,
 per 50 di formaggio Parmigiano, 5 mele e 5 pere; altro non ho che soltanto da
 tutta la famiglia. Due aff. Mario. L. P. Laffi.»

In questa lettera Alfredo, parlando per indotti, e quando si contano le parole
 del discorso ripete nella lettera con tanta precisione.

Le parestesie della paralisi progressiva sono quasi sempre a tipo monoplegico, di raro emiplegico. Ve ne sono di transitorie e di permanenti: le une e le altre dipendono da eccessi ipocinetici che possono passare inosservati. Le parestesie transitorie sono estremamente fugaci; le permo-

senti, che sono più rari, non superiscono quasi mai nei periodi precoci e passano molto presto in contrattura. La laringite sono colpite più spesso della giuntura.

La paresi della respirazione si può presentare in tutti gli stadi della malattia, ma non è quasi mai molto continuata. Si conoscono qualche caso di rottura spontanea della vescica dipendente da degenerazione della muscolatura micelotale (HARRIS).

Non è raro che ai paralizzati nell'ultimo stadio riesca difficile la deglutizione. In questo caso i malati perdono la saliva, stentano più che mai a parlare e si arrabbiano di quest'ostacolo. Il disturbo della deglutizione può preludere ad una crisi pseudo-tetaneica.

Disturbi della sensibilità.

I deliri sensoriali o iposensitrici dei paralizzati dimostrano a sufficienza che la tesi è tuttora anche il modo di sentire e di percepire, per quanto ciò non risulti che raramente nelle storie cliniche o negli interrogatori. Certamente la disattenzione, la confusione mentale e la deficienza di manifestazioni reattive, mentre avvantaggiano la verifica delle alterazioni motorie, creano un grandissimo ostacolo all'esplorazione della sensibilità e delle sue eventuali alterazioni. Il quesito sull'importanza o sulla semplice realtà di queste ultime si risolverà meglio coi dati dell'anatomia patologica che non con quelli della clinica.

Da qualche tempo va cessando il silenzio sulle alterazioni sensitive e specialmente dolorifiche dei paralizzati. Furono osservati nella parte posteriore della capsula interna focoli a cui avevano corrisposto dolori febbrili e localizzati (EISENER, BERNARDI, RECHENBERG). Questi focoli, che dunque agivano sotto forma irritativa, dimostrano la possibilità di deliri e turbotamenti cenestetici d'ordine transitorio, che hanno origine da irritazioni locali e transitorie del cervello; ed è evidente che a luogo infarto, subentrando le lesioni totali e distruttive, alle parestesie ed al dolore debba sostituirsi l'anestesia.

D'altra parte la rarità dei disturbi sensitivi nei casi precoci, la loro incertezza nei casi avanzati e la mancanza di manifestazioni veramente caratteristiche in tutta il decorso della malattia, all'infuori di quelle un po' vaghe che si desumono dai deliri d'origine cenestetica, autorizzano a concludere che nella paralisi progressiva gli elementi motori ed associativi rimangono colpiti a preferenza dei sensitivi, ossia con notevole anticipazione e con maggiore costanza e gravità.

Il formicolio alle estremità, il senso di caldo, di peso, di mummifica-

zioni parziale o totale del corpo ed altre forme di paresi sono all'incirca frequenti in quei casi di paralisi progressiva che s'iniziano con una fase d'ipochondria o di nevrosenia. E non sono sconosciuti i dolori folgoranti della tabe, i dolori reumatici, le atrozie che spingono questi malati a curarsi inutilmente negli stabilimenti idroterapici.

Si fa questione se nella paralisi progressiva siano possibili le allucinazioni: e quanto a quelle della vista, che sono indubbiamente le più rare, si è chi giunge ad interpretarle come un segno certo di alcoolismo, ossia di pseudo-paralisi alcoolica, che esclude la paralisi genuina ed incurabile. In realtà, la forma classica di paralisi progressiva non è incompatibile con nessuna specie di allucinazioni. Quelle dell'olfatto e del gusto raggiungono talvolta un'intensità quasi dolorosa.

Le allucinazioni uditive sono le meno rare e si presentano in modo tumultuario come nell'amenia. Nondimeno alcuni paralitici, per un errore di memoria o per eccessiva suggestibilità, accusano allucinazioni che probabilmente non hanno mai sofferto, e non bisogna accettare troppo correntemente i loro racconti. Fra le allucinazioni cenestetiche sono superiori ad ogni dubbio soltanto quelle che sono riferite con localizzazione e con caratteri precisi. Conobbi una paralitica che si sentiva impiccolita come un bambino e teneva inoperose le braccia giudicandole troppo corte e troppo distanti dagli oggetti che avrebbe voluto prendere: la sincerità della sua convinzione si rivelava dallo scoraggiamento che l'accompagnava e dalla placida illusione che subentrava quando l'allucinazione scompariva.

Per breve tempo si diede qualche importanza all'evolgoia del nervo ulnare che, secondo CRAMER, costituirebbe un sintomo patognomonico della paralisi progressiva. Nei sani si risveglia facilmente un acuto dolore premendo con un dito nella doccia olecranea; ma la vivacità del dolore dipende, più che dalla sensibilità del nervo, dalle condizioni anatomiche della regione. In ogni modo l'analgosia del nervo ulnare si osserva anche nell'epilessia (HALLERSEN) e in malattie mentali come l'ipotesi e la mania, dove cioè è integro il sistema di protezione (GÖTTL.) ed infine è come un segno di tabe che BRUNACKI mise originariamente in rilievo questo fenomeno che porta il suo nome.

Disturbi viscerali e trofici.

La paralisi progressiva, come la tabe, la siringomielia e tante altre malattie del sistema nervoso, dà luogo ad irregolarità notevoli anche nelle funzioni fondamentali della digestione, del ricambio e del trofismo (MANN). Disturbi di questo genere si presentano talvolta in forma

progressiva ed esercitano un'influenza acceleratrice sull'andamento della malattia; essi dipendono da complicazioni secondarie o primarie del processo mortale nel campo del midollo spinale, dei nervi periferici e forse anche degli altri organi.

Il paralitico, malgrado il suo buon umore e le sue vanterie, ha spesso l'alta deontissima; e questo sintomo raggiunge proporzioni caratteristiche specialmente negli stati confusionali. Nondimeno, il suo aspetto è quasi sempre formidabile, specialmente negli ultimi periodi della malattia e nelle forme apatiche; si tratta d'una vera *bellua*, spoglia di qualsiasi raffinatezza gastrocnemica. L'irregolarità dei pasti e la balneazione aumentano i disturbi gastrici ed intestinali. È frequente la *sépe*. Vi sono casi che rimangono stitici per vari giorni di seguito, malgrado i purgativi più energici. Talvolta la stitici si alterna colla diarrea. Come espressione del marasma generale si possono avere, prescindendo da qualunque atto delirante o da scopo suicida, episodi transitori di *stupore* che contrastano coll'opulenza visiva di questi malati.

I paralitici subiscono precocemente un abbassamento della capacità sessuale che arriva talvolta all'impotenza assoluta. È caratteristico che in questi casi essi non si diano alcun pensiero del proprio stato: spesso anzi contraggono matrimonio senz'alcuna esitazione, e più tardi diventeranno portogalli e ballantatori d'avventure galanti, dando prova di un'incoscienza veramente singolare. Ma non è raro il caso di matrimoni secondari celebrati quando la malattia si è già iniziata. È curioso a notarsi che quasi tutti i paralitici sono maritati.

Non solo i processi più intimi del ricambio tegnico, anche il suo *financio* quantitativo è spesso grossolanamente alterato. Per lo più i malati ingrassano, il loro viso ammiccia perle ogni espressione d'intelligenza, rendendosi qualche volta irriconoscibile, tanto più se all'ingrassamento si associano la canizie e la trascuratezza, come accade comunemente. Talvolta si osserva il fenomeno contrario, cioè l'emaciazione, non lenta o progressiva, ma rapida ed improvvisa. È persino possibile che l'ingrassamento e il dimagrimento si manifestino sullo stesso malato in fasi diverse della malattia ed anche che i due fenomeni si avvicendino ripetutamente, contribuendo ad imprimere un deciso ciclo a tutta la serie dei sintomi.

Nei paralitici le ossa possono presentare un certo grado di fragilità come conseguenza del marasma prolungato, ma non sono dimostrabili i segni d'una vera distrofia o dell'osteomalacia (MEYER).

I *delirii* costituiscono non di rado l'ultimo sintomo e la causa immediata della morte in tutti quei paralitici che non soccombono piuttosto ad una crisi apoplettiforme od a malattie intercorrenti. La puga *du de-*

entato, s'inizia e progredisce in modo rapidissimo benchè il corpo del malato sia ancora discretamente nutrito; oppure si producono distrofie molteplici in punti non soggetti a compressione, né ad attrito (n'ARUNDO).

Tra le malattie incoercibili è da notare la polsionite per lesioni del vago (Blaxen).

Varietà cliniche della paralisi progressiva.

Le forme e varietà cliniche della paralisi progressiva sono più che altro astrazioni: ben di rado si realizzano nei casi concreti. In pratica esse si presentano di più delle volte come semplici fasi temporanee d'un processo morbosissimo altostanza volatile. Tuttavia si può distinguere tre forme di paralisi progressiva contrassegnate dai caratteri del disordine psichico: l'*ambitiosa*, l'*ipocondriaca* o l'*apatica*, che è la demenziale per eccellenza. Ma non si devono trascurare la forma confusionale e la forma *paranoica*. MEXUEL sostiene anzi che il tipo nosologico della paralisi progressiva si è notevolmente modificato da 12 anni a questa parte per la grande prevalenza delle forme *demenziali*; ed attribuisce questa modificazione all'attenuamento del virus post-sifilitico che è causa della malattia. Può anche darsi che il maggior numero dei casi *demenziali* dipenda dal perfezionarsi del giudizio diagnostico e dall'aumentato contingente totale dei paralitici riconosciuti.

Tra le varie forme di paralisi progressiva, l'*ambitiosa* col suo delirio iperbolico di grandezza fu la prima che colpì l'attenzione degli osservatori, ed è quella che anche attualmente attira il maggior numero dei casi e riesce più ovvia alla diagnosi. Non è meno caratteristica, ma di gran lunga meno frequente, la forma *ipocondriaca*. La forma *apatica* è più frequente nelle donne, come pure negli uomini di classe inferiore, avvezzi all'obbedienza passiva ed all'insoddisfazione cronica dei loro bisogni, mentre nei professionisti e nei ricchi prevalgono la forma *ambitiosa* e l'*ipocondriaca*.

Del resto questi diversi quadri morbosissimi possono non solo succedersi, ma anche coesistere. Lo stesso paralitico può associare insieme le idee *ambiziose* e le *ipocondriache*; ed anche passando allo stato *apatico*, può dimostrare di non aver abbandonato né le une, né le altre.

Alle forme o fasi comunemente accettate bisogna aggiungere, come accompaniamento, gli stati *paranoici* e gli stati *confusionali* che, dominando l'intero decorso della malattia o protrahendosi lungamente, costituiscono due varietà cliniche non meno importanti delle precedenti e nelle quali

è segna imparare a riconoscere la paralisi progressiva come delle tre varietà classiche. Molti errori di diagnosi o per lo meno molti dubbi e ritardi sono dovuti a disconoscimento della varietà paraneale e della varietà confusionale.

La suddivisione della paralisi progressiva in forme distinte a seconda dei sintomi somatici e più specialmente motori non è possibile, perché ciascuno di questi numerosissimi sintomi può mancare o presentarsi o scomparire ad un tratto in epoche differenti della malattia, sottraendosi a qualunque previsione. Non si può stabilire se la paralisi progressiva, in un dato individuo, decorrerà con crisi o senza, se con periodi di calma o con esaltamento continuo. Parimenti non ha gran base l'antagonismo fra una pretesa varietà spastica ed una pretesa varietà latente della paralisi progressiva (STEWART); la prima più agitata, più acuta e più giovanile, la seconda più apatica, più lenta e più senile.

Del resto, anche il punto di partenza su cui si fonda quest'antitesi clinica è fallace, perché le analogie cliniche della paralisi progressiva da un lato con la tabe dorsale, dall'altro con la tabe spinale spastica non sono che molto parziali. Vi sono, è vero, dei casi in cui la paralisi progressiva è associata a tabe dorsale, ma si cadrebbe in un errore grossolano se si facesse diagnosi di tabe-paralisi ogniqualvolta manca il riflesso patellare. Quanto al tipo spastico che dorsale riproduce le condizioni e i sintomi della tabe spinale spastica, è vero che questa sindrome si presenta nella paralisi progressiva con molta frequenza, ma non è comune ad altre malattie come il letargismo, la pellagra, le diplegie infantili, le paraplegie spasmatiche familiari. I due elementi fondamentali di questa sindrome, paresi e rigidità, non significano altro che la lesione del fusto piramidale; ma non dicono se la lesione è primaria o secondaria.

In seguito a sifilide ereditaria si hanno casi piuttosto rari (nel 1888 la letteratura internazionale ne registrava un centinaio) in cui si ha paralisi progressiva a forma giovanile. La paralisi degli adolescenti si sviluppa tra i 12 e i 20 anni, colpisce egualmente i due sessi, e non ha altra particolarità sintomatica che quella di decorrere con grande rapidità e con dissoluzioni prevalentemente emenziali (JUSTICIANO, ALZUIMERI). Questi casi sono ben pochi in paragone al numero sterminato di paralizzanti adulti.

Il criterio del decorso permette di distinguere una varietà circolare della paralisi progressiva, benché sia raro che l'alternativa di due stati effettivi fra loro opposti accompagni dal principio alla fine tutta la durata della malattia. Come è naturale, il delirio depressivo e il delirio di grandezza seguono le stesse sorti degli stati d'animo da cui sono ispirati, e, alternandosi anch'essi, completano questo simulacro di pazzia circolare.

Un avvocato di Firenze, che si annalò a 35 anni e morì a 38, aveva presentato per 7 mesi al seguito questa curiosa alterazione. Per due o tre giorni era allegro, si credeva agile e snello, cantava per amante una cantata fra le più celebri per talento ed avvenimento, benchè non le fosse mai stato presentato; diceva anzi di dover cantar con lei all'Opéra di Parigi, e intanto improvvisava versi e ritratti a matita, progettava un giornale quotidiano ed una scuola da cui avrebbe insegnato clinica e diritto, si compiaceva dell'adorazione che gli era tributata da tutta la cittadinanza, e non usciva di casa per non essere soffocato da congratulazioni, applausi, omaggi, mazzi di fiori. Nei due giorni successivi il malato era tiepido, mortificato, vergognoso delle sue millanterie, si credeva mostruosamente grasso e puzzolente, gli uccelli e le foglie degli alberi gli bisbigliavano in *al nonnissimo*; la moglie e la figlia l'avevano esautorato e volevano sbarazzarsi di lui.

Infine, col criterio del decorso e dell'anatomia patologica si ammetteva una forma ascendente di paralisi progressiva molto rara, che cominciava con fenomeni tabetici e spinali per terminare con gli ordinari sintomi cerebrali. Parecchi clinici ammettono la coesistenza della paralisi e della tabe sotto il nome di *tabe-paralisi* con atassia, dolori folgoranti e gravi distrofie, che precedono, seguono od accompagnano la demenza. Questa eventualità non è rara, specialmente se si tien conto dei casi incerti, nei quali il cortico della sindrome tabetica è poco ricco o rimane mascherato dai fenomeni più appariscenti della paralisi. Anche anatomicamente le lesioni cerebrali della tabe, se ve ne sono, non brillano per costanza, nè per qualità caratteristiche; e le lesioni spinali della paralisi si localizzano in maniera multiple ed irregolare, non già esclusivamente nella zona di Lissauer, nè con lo schematismo che caratterizza quelle della tabe. La tabe e la paralisi, benchè possano associarsi, sono dunque due malattie distinte, anche se sono dovute alla stessa causa.

DECORSO.

Il periodo prodromico della paralisi progressiva passa quasi sempre inavvertito; solo qualche volta cade sotto un'indagine puramente retrospettiva che non può tenere esatto conto delle date. Ma, se si riesce a riconoscere i primi e lontani inizi di malattia in qualche atto antico di distrazione, di transigenza con le leggi della morale e dell'onore, in qualche segno d'impotenza precoce o di spensieratezza, in un matrimonio stravagante ed improvvisato, in un'apostasia mal ponderata, se resta facilmente convinti che il periodo prodromico della paralisi progressiva può anche abbracciare parecchi anni e prolungare il decorso totale fino ad una durata di poco inferiore a quella, lunghissima, della tabe. I paralitici progressivi che sopravvivono dieci, quindici e fin vent'anni si fanno ogni giorno meno rari.

Spingendo quanto è possibile l'indagine dei sintomi remoti, si vede che la nevrosistenza apre la scena assai più spesso di quel che apparisce nei vecchi trattati, dove gli stati d'esaltamento o il delirio di grandezza, messi in luce esagerata, lasciano nell'ombra gli altri sintomi. Durante questo periodo ambiguo si verificano i primi cambiamenti del carattere e le prime lacune, brevi ed isolate, dell'intelligenza. Fra i sintomi fiori, i più precoci sono quelli che, non causando alcun disturbo autogeno e non presentandosi spontaneamente, possono venir rilevati soltanto dal medico che, chiamato casualmente, pensi di percontarli. Tali sono la rigidità pupillare, la miopia, il fenomeno di Argyll-Robertson, l'esagerazione dei riflessi rotulei. Il passaggio ad una sindrome decisa avviene per lo più gradualmente, e talvolta anche in seguito ad una crisi, benché le crisi costituiscano in generale un sintomo tardivo.

Con la disartria, l'anania, l'amaurosi, l'enoforia e l'intendente delirio demenziale i malati passano dal periodo latente al periodo continuato ed eminentemente manicomiale della paralisi progressiva. In questo periodo sopravvengono qualche volta episodi gravi di confusione mentale: i deliri possono subire profonde metamorfosi; scoppiano le crisi vertiginose e motorie. Ma non è affatto infrequente la mancanza di qualsiasi incidente grave, ed almeno il 30 per cento dei paralitici sfugge, in tutto il decorso della malattia, alle convulsioni, al furore e ad ogni altra crisi violenta.

Anche a paralisi inoltrata sono possibili remissioni che prendono il nome di *sosse* o *pause* e che danno alle famiglie l'illusione (divisa talvolta dal malato) di una vera e propria convalescenza e quindi la convinzione d'un errore diagnostico. Queste tregue possono durare parecchi mesi ed anche un anno o più, ma i malati che ne godono il beneficio così a lungo sono assai pochi. Essi riacquistano la loro lucidità e tutti i sintomi più appariscenti rientrano nel silenzio. Tuttavia qualche residuo permane; una certa superficialità nei giudizi, l'inadeguato apprezzamento del male sofferto, qualche momento di modesto psichismo senza crisi, la scarsa od esagerata affettività dimostrano che la mente è indebitata. Un grado appena avvertibile d'ipotesia nei muscoli mimici, di disartria in quelli della loquela, di vivacità nei riflessi patetici, d'indebitamento nella reazione pupillare confermano che il processo morboso non è spento. Oltre a queste remissioni massime, sono abbastanza comuni le remissioni minori, durante le quali i malati diventano, se non lucidi, tollerabili e suscettibili di cura a domicilio. La scomparsa del delirio, della confusione o dell'esaltamento è più che fastidiosa a questo effetto modesto che riempie di gioia la famiglia ed il malato.

Il termine della tregua è spesso brusco. I malati maldivano all'improvviso la bandiera delirante che avevano rinnegata e dimenticata, o a

svegliano, dopo un accesso convulsivo od apoplettiforme, in stato mentale. Qualche volta gli stati di lucidità si alternano con quelli di disordine psichico, e alcuni fra i sintomi somatici, per esempio quelli che si riferiscono alle papille, possono accompagnare con parallelismo più o meno imperfetto le oscillazioni dello stato generale e mentale. Non è escluso che in certi paralitici il ritorno al delirio, dopo una remissione, possa avvenire anche per gradi.

Si arriva all'ultimo stadio o in seguito a crisi ripetute o a poco a poco, ma quasi sempre dopo alcuni anni dalle prime manifestazioni della malattia. L'intelligenza è ormai disgregata, e gli infermi o sono apatici e remissivi come bambini o si comportano in modo del tutto incoerente. Lo stesso delirio è ridotto a pochi frammenti dissociati e ripetuti per abitudine o va travolto nell'oblio generale. Le alterazioni motorie sono numerose e molto appariscenti: disartria fino all'anartria, disgrafia fino all'agrafia, umilia, mioclonia, minuziana od esagerazione dei riflessi rotolai.

Ecco alcuni dati raccolti da SEVERINELLI:

Sopra 374 casi:

Papille uguali e di ampiezza normale in	62 casi
" con miopia bilaterale in	55 "
" con miopia bilaterale in	18 "
" ineguale in	181 "

Risorse delle papille in 265 casi:

Normale in	55 casi
Turgida in	26 "
Sopresa da una parte in	8 "
Sopresa da ambe le parti in	112 "
Paradoxa in	2 "

Sopra 204 casi:

Riflessi rotolai normali in	41 casi
" " esagerati in	32 "
" " ridotti in	56 "
" " assoluti (bilateralmente) in	106 "
" " assoluti (da una parte) in	17 "

I paralitici allo stadio terminale sono spesso affetti da balismo; talvolta pingu, talvolta magrissimi; immobilizzati a letto da incomodi ed acciacchi diversi; presentano paresi generali, contratture e piaghe da decubito. Spesso, malgrado la progressiva decadenza, sono ilari e indifferenti e non hanno mai la chiara coscienza del proprio stato.

La morte avviene ben di rado precocemente: per accesso ballico, per semplice accesso apoplettiforme, per malattie intercorrenti o per suicidio. Tutte queste cause improvvise di morte, eccettuato il suicidio, interven-

gono con frequenza assai maggiore nel 2.^o e principalmente nel 3.^o stadio. Molti paralitici, arrivati al periodo terminale d'incoscienza completa con inipetenza motoria, rimangono in condizioni invariabili per molti mesi, e muoiono poi per setticemia, per soffocazione o lentamente per esaurimento.

Per quanto sia ammesso come un dogma che la paralisi progressiva sia una malattia essenzialmente incurabile e mortale, non è lecito escludere in modo assoluto che una diagnosi sollecita seguita da una cura energica possano arrestare il processo morboso. Non bisogna dimenticare che qualche volta si formula la diagnosi di nevristenia anziché di paralisi, o si corregge la diagnosi di paralisi con quella di nevristenia, solamente perché la malattia ha sortito un esito favorevole, ciò che costituisce una vera petizione di principio (Rizzo). Del resto, le lesioni assolutamente iniziali della paralisi progressiva (ipematosi delle cellule nervose, imitazione del corpo cellulare) non hanno carattere distruttivo, né irreparabile. Si ritiene che le profuse suppurazioni spontanee possano influire beneficamente (Schiavini); ciò che induce a provocarle artificialmente, benché non senza qualche rischio, con iniezioni sottocutanee d'olio di urementina (Manno).

ETIOLOGIA.

Un fattore accertato della paralisi progressiva è la sifilide. Per qualche clinico autorevole (Fournier, Moirou) non può diventare paralitico chi non è stato sifilitico. Resterrebbe ancora a vedersi se a produrre la paralisi progressiva basta la sifilide; se cioè la sifilide sia etiologicamente l'elemento necessario e sufficiente insieme.

Esplicitamente questa tesi non fu mai sostenuta da nessuno; ma coloro che ravvisano nella sifilide una causa assolutamente necessaria della paralisi progressiva, non si curano molto di mettere in rilievo gli altri coefficienti più o meno necessari della malattia. Non si possono incolpare i sostenitori dell'origine specifica d'aver negato l'esistenza degli altri coefficienti; ma sono piuttosto i loro avversari che cercarono di scoprirli. Ora, che occorrono simili cause concomitanti lo prova una ragione assai ovvia, cioè che non tutti i sifilitici diventano paralitici. Le emozioni, i traumi, gli eccessi sessuali ed alcoolici, la pellagra ed altre intossicazioni ed infezioni, persino la febbre gialla (Belasostol), possono contribuire e, secondo alcuni, anche determinare da sole la paralisi progressiva. Se quest'ultima tesi è ancora piuttosto dubbia, non vi è da esitare nell'ammettere la prima.

Altri autori, più giustamente, credono necessario il concorso d'una *diatesi* individuale ed uno arrivano addirittura al concetto del *paralitico-nato*. Ora, se per diatesi paralitica si vuole intendere una predisposizione latente ed intima dell'organismo che non implica alcuna irregolarità visibile dello funzioni mentali, nè dello sviluppo somatico, questo concetto è accettabile e sommamente razionale. Infatti, anche ammettendo che tutti i paralitici siano ereditari, è certo che non tutti i sifilitici diventano paralitici, ed anzi anche le stesse gonnee e gli altri fenomeni terziari possono andare scompagnati da qualunque segno di paralisi. Se invece si pretende che il paralitico-nato sia un volgare degenerato con le stigme antropologiche e psichologiche dell'inferiorità (NANCY, CRISTIANI), si viene ad urtare grossolanamente contro la verità. È un fatto della più ovvia esperienza che spesso animalini di paralisi progressiva (persino intelligenti, equilibrati, robusti ed appartenenti a famiglie non nevrotiche: fra i ricoverati dei manicomii paralitici sono anzi tra quelli che, per loro passato e per la loro costituzione, si allontanano più di tutti gli altri dal tipo del degenerato).

A meno dunque di ritenere che tutti i paralitici siano degenerati, ipotesi non dimostrata, inutile e perciò inopportuna, si deve interpretare la diatesi paralitica come qualche cosa di affatto diverso dalla degenerazione somato-psichica. Come la diatesi tubercolare o meglio ancora come la diatesi polmonare, essa non è che una speciale vulnerabilità di fronte ad un determinato agente o ad un determinato momento infettivo. Secondo HENSEN, una simile diatesi è il risultato d'un fatto negativo, cioè del non aver avuto alcun caso d'infezione sifilitica nella propria ascendenza: chi si trova in condizioni di questo genere è poi esposto alle forme di sifilide grave, mentre gode d'una certa immunità sia per la sifilide terziaria, sia per la metasifilide tabetica e paralitica che abbia potuto ereditare dai progenitori i mezzi di resistenza alle infezioni consecutive. Da questo punto di vista non è parimenti vera, ma giusta l'opinione che attribuisce la paralisi progressiva alla combinazione di due fattori egualmente necessari: la diatesi paralitica e la sifilide.

Infatti non si può a meno di riconoscere: 1.^o il grandissimo numero di paralitici, in cui dall'anamnesi o da qualche reliquo resta indubitabilmente che vi fu sifilide (nei 200 casi della Clinica diretta da ORTSTEINER vi era stata sicuramente sifilide in 112, con probabilità in 50, con incertezza assoluta esclusa, in 38); 2.^o la distribuzione geografica della paralisi progressiva che sembra coincidere esattamente con quella della sifilide; la frequenza con cui viene colpito il sesso maschile (più esposto alla sifilide in confronto del femminile); 3.^o il fatto che tra le donne malate di paralisi principalmente le prostitute; 4.^o l'esistenza d'una forma

giovanile di paralisi progressiva dovuta a sifilide ereditaria. Da ciò si può concludere che in molte anamnesi di paralitici la sifilide mancata non sia altra che sifilide ignorata (Mottet).

Che la sifilide passi inosservata in un gran numero di casi è provato da una comunicazione temeraria, ma dimostrativa che un medico anonimo lesa nel 1897 al Congresso internazionale di Mosca per mezzo di KASPER-BARS. Avendo inoculato la sifilide in 9 paralitici che si pretendeva non fossero mai stati sifilitici, questo sperimentatore in *eccepare rati* s'accese, dopo 180 giorni, che mancava qualunque fenomeno primario o secondario; segno evidente che l'affermazione dell'anamnesi era falsa.

Per risolvere la questione, bisognerebbe poter seguire per una serie lunghissima d'anni le sorti d'un buon numero di sifilitici sopravvissuti, e stabilire quanti e quali fra di essi riescano ad evitare la paralisi progressiva. Una simile ricerca è assai più difficile di quello che può sembrare a primo tratto, perchè la paralisi progressiva si sviluppa visibilmente 15, 20 o fin 25 anni dopo l'infezione sifilitica. Ora, non è possibile tener d'occhio molta gente per tanto tempo. Una parte dei sifilitici muore (per sifilide o per altre malattie) prima che sia sciolto il termine di venti-cinque anni, se poi la sifilide fa contratta ad un'età avanzata, la paralisi progressiva, giungendo parecchi anni dopo, può sommare l'aspetto d'una rivoluzione senile più o meno anticipata.

PATOGENESI.

Ammesso che la grandissima maggioranza dei casi di paralisi progressiva sia dovuta a sifilide, resta da analizzare il meccanismo con cui opera l'agente morioso. Il lungo intervallo che corre fra l'infezione sifilitica e i primissimi stadii della paralisi progressiva, abbracciando un minimo di alcuni anni, durante i quali il futuro paralitico appare perfettamente sano, esclude completamente la possibilità di un'azione diretta dello tossine sifilitiche. Del resto, la lesione caratteristica della sifilide terziaria è la gomma; invece nei paralitici le gomme o gli altri fenomeni di sifilide terziaria sono poco frequenti. Perciò il processo morioso della paralisi progressiva è affatto distinto per la forma (ed anche per quanto) da quello della sifilide cerebrale, e non può essere considerato che come una conseguenza lontana della sifilide, ossia come qualche cosa che esce dal quadro dei tre periodi classici. FOURCAY designò la paralisi progressiva o la tabe come *antastife* o come una specie di sifilide *quaterziaria*, che per manifestarsi richiede, oltre una certa longevità, il concorso di condizioni sfavorevoli, come l'esaurimento nervoso e, potremo aggiungere,

una specie di diabesi paralitica. Che questa distesi sia un fattore necessario lo dimostrano non soltanto i sifilitici che guariscono e rimangono sani per trenta o quarant'anni, ma anche quelli che riammalano soltanto di tale forma, conservando la mente integra, il numero dei tabetici senza complicazioni cerebrali o con complicazioni effimere di semplice nevralgia o con sindromatologie incomplete è assai grande; e recentemente Eise, allargando il concetto clinico della tale, lo ha aumentato in modo considerevole.

Da un altro punto di vista, cioè indipendentemente dall'etiologia, tutto conferma che la paralisi progressiva sia una malattia d'origine tossica: il decorso, l'indole di certi sintomi e, come vedremo, l'anatomia patologica. Le esacerbazioni, le crisi, le elevazioni toniche, le remissioni e le irregole dipendono con tutta probabilità da accumuli e disassorbimenti d'un veleno. L'oscillare dello stato d'animo fra i due poli opposti dell'euforia e della depressione si spiega facilmente con la diversità della reazione individuale o con la variabile intensità di un'azione tossica; l'alcolismo cronico, l'ulteriorchezza, il morfinismo non presentano forse la stessa varietà d'effetti? Gli accessi epilettiformi ed apoplettiformi per loro carattere effimero, non degiunto da una grande violenza, si devono interpretare come le convulsioni e le parosì dell'uremia, del diabete, dell'eclampsia (KRAEPPELIN), vale a dire come manifestazioni « d'irritabilità » o d'oscurimento di fronte ad un'azione morbosa che si localizza momentaneamente in certi distretti cerebrali, ma che passa facilmente ad altri centri o sistemi, minacciamoli tutti. Infatti tutte le teorie dei paralitici mantengono o sono eccezionali le vere lesioni a focolto.

Che la paralisi progressiva non sia una malattia locale del cervello lo dimostrano anche le intense oscillazioni del peso corporeo, indipendenti dall'alimentazione e dal genere di vita. Non solo il sistema nervoso, ma l'intero organismo mostra di risentire l'effetto di un'azione morbosa generale o quindi tossica: il cuore è spesso in preda a degenerazioni grasse, sono frequentissime la degenerazione grassa del fegato, la nefrite o l'arteriosclerosi anche all'infiori del circolo cerebrale.

Se la paralisi progressiva proviene da un avvelenamento e se tale avvelenamento non si può addebitare direttamente alle tossine sifilitiche, è evidente che non può trattarsi d'altro che di un'auto-intossicazione successiva. Molte affezioni (iffo, scarlattina, influenza), portando in circolo certe tossine, creano un permanente avvelamento del ricambio, una modificazione costituzionale dell'organismo, per cui quest'ultimo diventa sorgente, perenne ed effimera, di auto-tossine. È probabile che le tossine primarie della sifilide inducano uno stato di cose simile, la cui conseguenza è una continua produzione d'auto-tossine capaci di turbare la funzione e l'in-

seguita anatomica degli elementi nervosi. Questo modo di vedere è confermato dalla diversissima efficacia dei rimedi antisifilici nella sifilide e nella paralisi progressiva. È noto che anche i sieri anti-difterico ed antitetanico, mentre agiscono potentemente di fronte alle tossine della difterite e del tetano, riescono inutilitari se si interviene tardi, cioè quando cominciano ad accumularsi le auto-tossine. Analogamente l'istituto di jonas e il mercurio, la cui utilità è indiscutibile contro la sifilide, non recano alcun visibile giovamento nel decorso della paralisi progressiva.

Questa teoria ha il difetto d'essere alquanto indeterminata; ma un filo direttivo si ritrova nelle recenti ricerche di L. BOUTRY ed in quelle di HATSON. BOUTRY riscontrò che nel 1.° periodo della paralisi progressiva non sono infrequenti le elevazioni febbrili (una o due volte al mese). A queste elevazioni termiche corrisponde iperleucocitosi o seguita remissione della malattia. Probabilmente l'iperleucocitosi è una reazione dell'organismo alle tossine elatrate dai batteri del tubo gastro-intestinale, specialmente dal *bacterium coli* che esiste in quantità straordinaria nel mucro intestinale dei paralitici. I linociti sarebbero capaci d'elaborare antitossine che per qualche tempo proteggono il malato da nuove autointossicazioni. E infatti il siero di sangue dei paralitici nei periodi di remissione ha un potere agglutinante sul *bacterium coli*, mentre questo potere manca al siero di sangue preso dai paralitici nei periodi d'incremento. Il siero di sangue preso da paralitici in periodi di sosta e iniettato a undati in periodo d'incremento produce un miglioramento notevole. Nello stesso anno 1904 W. ROBINSON confermava in 12 casi di paralisi progressiva la teoria della tossemia reumatica. Esaminando le viscere e gli intestini, specialmente il tenue, si vede che sono popolati di batteri le cui tossine circolano nel sangue dei paralitici. L'azione di queste tossine è favorita dal fatto che la resistenza organica dei paralitici è diminuita, e tale diminuzione dipende dalla sifilide, che esaurisce la funzione leucocitaria del midollo osseo. A questo modo le tossine stesse raggiungono uno sviluppo insolito. Venendo a contatto con le pareti dei vasi cerebrali e spinali, esse vi determinano lesioni che interessano, naturalmente, le regioni più vascolarizzate. Bisogna dunque cercare un'antitossina specifica, ogli conclude, che neutralizzi l'influenza dei veleni provenienti dal *bacterium coli*.

Analogamente, HATSON ritenne che nei paralitici si spenga l'azione battericida del siero sanguigno sullo *staphylococcus piogenus aureus*. Questa azione è presente nei sani e persiste nei latitici. La sua scomparsa nei paralitici non dipende da carenza. A malgrado di questa inferiorità, il sangue dei malati non contiene batteri, almeno nei primi stadi. Forse il fatto osservato da HATSON è in rapporto con la diminuita alcalinità del sangue o con la diminuzione del cloruro di sodio o con alterazioni del livero.

ANATOMIA PATOLOGICA.

La paralisi progressiva fu considerata successivamente sotto tre aspetti ben diversi: dapprima come un'infiammazione, in seguito come una degenerazione sistematica di certe fibre cerebrali, ed oggi come un processo tossico-degenerativo che colpisce primitivamente gli elementi nervosi in genere.

Anticamente si tendeva a revivare assai facilmente il carattere infiammatorio in ogni malattia. La paralisi progressiva, di cui si conoscevano soltanto i reperti anatomico-patologici raccolti nello studio terminale, offriva non pochi appoggi a questo modo di vedere: aderenze tra la sostanza del cervello e la pia madre, inspessimento delle meningi, alterazione dei vasi, infiltrazioni di leucociti nelle pareti vasali e nelle meningi. Queste alterazioni morbose esistono, non c'è che dire, frequentemente, ma sono secondarie. Esse hanno ispirato le denominazioni di *periencefalite*, di *meningo-encefalite*, di *periencefalite diffusa cronica*, che sono ancora in uso e valgono come una traduzione in termini anatomici dell'espressione clinica: paralisi progressiva. La teoria infiammatoria, in quanto si basa in gran parte sulle lesioni dei vasi, sembra accordarsi meglio delle altre con l'origine sifilitica della malattia, ed è sostenuta da alcuni fra i più convinti partigiani dell'etiologia specifica, per esempio di Minkowski, anche in grazia di quest'accordo; oppure, la natura post-sifilitica della paralisi progressiva si può spiegare egualmente, ammettendo un processo tossico-degenerativo che s'inizia nella cellula nervosa. Finalmente, partendo dal concetto d'un processo infiammatorio, si trova il mezzo di mettere gli stadii clinici della paralisi progressiva in elegante, ma tirato riscontro con gli stadii anatomico-patologici dell'infiammazione. Infatti l'esaltamento (senza delirio) dovrebbe corrispondere all'iperemia, il delirio alla gliosi (con semplice irritazione degli elementi nervosi) e la demenza all'atrofia degli elementi nervosi.

Ma è poi vero che la paralisi progressiva comincia con l'iperemia, continua con la gliosi e non dà luogo a lesioni della cellula nervosa che quando la gliosi è giunta al culmine? Nel 1884 Tomicz, usando il metodo di Ranvier (scoperto nel 1881) e quello di Weigert si avvide che nei parafrenici assommano o si rendono atrofici o per lo meno perdono la medina le fibre tangenziali della corteccia cerebrale. Questo reperto fu confermato da Zalcik col metodo di Friedmann e in seguito da Schürz e da Degenhart. E siccome le fibre tangenziali si distinguono fra le altre fibre del cervello per una certa individualità di posizione, d'origine embriolo-

gici (sono) tra le ultime a mielinizzarsi) e probabilmente anche di funzione (portano stimoli sopra cellule piramidali a grandi distanze); ne viene l'idea che queste fibre formassero un sistema e che la paralisi progressiva, consistendo principalmente in un'atrofia primaria delle fibre tangenziali, potesse considerarsi come una sindrome sistemica. Così si avvia anche nella patologia mentale e nei territori del cervello (in esempio di quell'elasticità morbosa che nella patologia spinale si afferma con la poliomielite anteriore e con la tabe).

Ora, sta in fatto che nei paralitici si distruggono in massa le fibre tangenziali; e prima di scomparire perdono la mielina, e prima di perdere la mielina o la diminuzione, subiscono nella guaina midollare alterazioni qualitative, perché l'aspetto tonico le colora in grigio verdastro anziché in nero. Ma non si deve esagerare l'importanza di queste alterazioni qualitative. Le fibre tangenziali sono sempre povere di mielina, la loro guaina midollare è sottile, e ciò basta perché, anche in stato normale, appaiscano meno oscure delle altre fibre nervose, senza che la loro maggiore chiarezza subisca ad avvecare speciali alterazioni chimiche. In ogni modo, e prima o poi, la scomparsa avviene; ed alla scomparsa della guaina midollare tien dietro un'alterazione profonda del cilindraseo.

Se si tiene in giusto conto il probabile valore fisiologico delle fibre tangenziali, si capisce l'importanza della loro scomparsa nella paralisi progressiva. Lo strato molecolare della corteccia cerebrale, in cui decolora o si affollano le fibre tangenziali, è sede di vaste, speciali e svariatissime associazioni. Oltre alle fibre tangenziali, vi stanno annidate le cellule di Cajal con più o meno. Nello strato tangenziale si spingono dal basso anche i perinocchi dendritici delle grandi e piccole piramidi; ivi sboccano gli assoni delle cellule di Martinotti; ivi arrivano le collaterali che si staccano dalle fibre associative profonde e da quelle che passano attraverso il corpo calloso. Ma l'atrofia delle fibre tangenziali non è primitiva, ed è ben lungi dal esaurire tutta l'anatomia patologica della paralisi progressiva; essa non rappresenta che una parte del quadro anatomo-patologico. Le alterazioni delle cellule nervose non sono connettive a quelle delle fibre tangenziali; ed alle lesioni delle cellule nervose non precedono, ma si collegano e forse seguono quelle della neuroglia.

Questi processi anatomo-patologici si conoscono in maniera meno incompleta solo da quando si cominciò a praticare autopsie sopra paralitici morti precocemente con diagnosi accertata, utilizzando i criteri diagnostici più perfezionati e i metodi di colorazione più recenti, come quello di Nissl per le cellule nervose e quello di Weigert, per la neuroglia. Ma indipendentemente da questi progressi dell'analisi microscopica e dei punti di vista che abbiamo indicato, si sono nell'anatomia patologica

della paralisi progressiva non pochi dati macroscopici, che, seguiti alla psichiatria da lunghissimo tempo, contribuiscono efficientemente alla diagnosi anatomica e devono essere enumerati.

Lesioni macroscopiche del cervello.

Le ipertrofie ed esseri del cranio, non rare nei cadaveri d'individui mentalmente normali, sono assai frequenti tra i paralitici. La *diploe* è ora ingrossita, ora atrofica. Si osserva spesso *perichondrosteite interna ed esterna* della dura madre. Sotto la pia madre soffocosa avvolgente. Le meningi molli sono quasi sempre intorbidate, specialmente in corrispondenza ai lobi fronto-parietali, e ingrossite qua e là, ma più che mai lungo il decorso dei vasi. Le cavi sono dilatate, coi pareti ingrossite. Talvolta è obliterato il lume dei vasi. Le granulazioni di Pacchioni che sbocciano dall'aracnide sono ipertrofiche e talvolta giungono a scivolare non solo inpronte, ma fori nello spessore dell'osso.

Il cervello è atrofico, e il suo peso medio in un gran numero di paralitici risulta inferiore a quello dei non paralitici sistentemente che del 20 o del 25 per cento. Qualche volta, in individui di sesso maschile e che erano stati di normale intelligenza, scende fino a 500 grammi. Le circosvoluzioni sono poco estese, appiattite, e i solchi allargati; qua e là si osservano veri avvallamenti della corteccia cerebrale. Il liquido cefalo-rachideo è assai abbondante, perché riempie le numerose lacune. All'idrocefalo esterno si aggiunge la dilatazione dei ventricoli.

La *pia madre* è molto spesso e per lunghi tratti assai aderente alla corteccia; e quando si tenta di prodarla il disacco, la corteccia cerebrale si laceri, lasciando piccoli frammenti sulla superficie della meninge. Le pareti dei ventricoli, specialmente il pavimento del IV, si presentano ruvide alla vista ed al tatto: *ependimite granulosa*.

Indipendentemente dalla riduzione di volume che interessa tutta la massa del cervello e che, determinando una diminuzione di peso pari a 200 e fin a 300 grammi, comprende senza dubbio anche la sostanza bianca, è assai appariscente la distruzione a cui va incontro la sostanza grigia. Lo spessore della corteccia cerebrale, specialmente nei lobi frontali e parietali, è ridotto in qualche punto fin del 50 per cento. Benché una simile riduzione sia visibile ed apprezzabile ad oculus nudo e benché il migliore mezzo per precisarne la portata sia l'esame istologico, vi fu un tempo in cui l'assogugliamento dello spessore corticale fu studiato macroscopicamente, ma con isattezza di misure, mediante noni appositamente costruiti; questo metodo, puramente quantitativo, si prestava a

confronti rapidi sopra un gran numero di cadaveri freschi, è in appoggio in Contri nel Laboratorio anatomico di Torino, allora diretto da Grassano.

Lesioni microscopiche del sistema nervoso.

L'esame microscopico conferma il raggrinzimento della corteccia cerebrale, ma in pari tempo mette in luce non gran quantità di fatti generali e particolari, senza dei quali l'anatomia patologica della paralisi progressiva risulterebbe del tutto incompleta ed inerte.

Tra questi fatti generali, il più importante è lo scompiglio degli strati corticali, che Nissl ritiene come la miglior prova anatomica della paralisi progressiva, ma come la sola veramente decisiva. I rapporti topografici tra le varie categorie di elementi corticali, grandi e piccoli piramidali, cellule uniformi e polimorfe, sono qua e là alterati in maniera violenta; elementi d'uno strato superficiale si trovano spostati al livello e al disotto di elementi profondi, o viceversa. Anche le distanze orizzontali tra cellule o colimiti sono turbate, tra un lato l'atrofia le accorcia e a prima vista produce l'impressione del processo contrario. Ciò dell'iperplasia, dall'altro l'invasione della nevroglia ed ora le lesioni, talvolta oltre alla misura, ed accresce le distanze originarie.

Lo strato molecolare, per la scomparsa dello strato tangenziale, è spesso assai assottigliato.

Nella sostanza bianca degli emisferi vi è irregolare rarefazione e decolorazione secondaria di vie determinate, ma non completa.

Nei gangli della base e nel cervello alterazioni analoghe, cioè scomparsa di fibre e proliferazione di nevroglia.

Nei nuclei dei nervi craniali ricompariscono le alterazioni delle cellule gangliari che descrivemmo come proprie della corteccia. Sono intaccati più specialmente i nuclei dell'ipoglossico, del facciale e del trigemino. Del trigemino è lesa il nucleo masticatore. Dell'oculomotorio non soffrono che le fibre innervanti i muscoli intrinseci dell'occhio, specialmente quelle che servono ai riflessi luminosi; di rado le altre. In generale è vero che le pareti incidenti della paralisi progressiva, disartrosi, amissioni, rigidità paralizzanti, sono piuttosto incomplete; esse restano accompagnate da atrofia muscolare e da reazione degenerativa.

Ma ancora più istruttiva per la patogenesi della paralisi progressiva sono le alterazioni particolari che riguardano le cellule nervose, le fibre, la nevroglia ed i vasi, perchè senza di esse non si può comprendere l'insieme del processo anatomico-patologico che costituisce la malattia.

CELLULE NERVOSE. — Le cellule nervose della corteccia cerebrale ed

anche quelle dei nuclei, collegate col metodo di Nissl, presentano i segni d'ultimi processi degenerativi che si possono dividere in acuti e cronici. I processi acuti corrispondono a crisi ipertossiche, infettive, convulsive, agoniche; i processi cronici sono l'espressione della malattia nelle sue linee fondamentali, che clinicamente corrispondono alla demenza graduale. Anatomicamente, il cervello di un paralitico morto in fase avanzata si può raffigurare, per ciò che riguarda le cellule nervose, come colpito da alterazione cronica, specialmente nei lobi anteriori, a cui si sovrappongono in tutta l'estensione del cervello lesioni acute talvolta assai accentuate.

a) *Processi acuti di degenerazione nelle cellule nervose.* — Tra questi processi si ritiene che alcuni siano riparabili, altri irrimediabili. I processi riparabili, che costituiscono il substrato anatomico dei sintomi effimeri, così frequenti e clamorosi nel corso della paralisi progressiva, risultano dalla presenza delle seguenti lesioni: rigonfiamento del corpo cellulare e del nucleo, cromatina lorde (nelle cellule più alterate), i processi egualmente acuti o recenti, ma irrimediabili, sono caratterizzati da cromatolisi, dalla piccolezza e dalla forte colorazione del nucleo (che normalmente e nei processi riparabili è poco o niente colorato), dalla disgregazione progressiva fino alla scomparsa del nucleo stesso.

Fig. 87. — Paralisi progressiva; cellula di Betz in sezione trasversale, confrontata con la fig. 14 a pag. 11, che rappresenta alla stessa ingrandimento una cellula di Betz normale. Metodo di Nissl.



Fig. 88. — Paralisi progressiva; cellule della strada piramidale ricche di granuli di pigmento giallo. Metodo di Nissl.

atrofico (fig. 88); il nucleo più scuro; molte piccole cellule presentano il fenomeno della pigmentazione gialla (fig. 89), ciò che non si verifica mai normalmente neppure fra i vecchi, che vanno bensì soggetti alla pigmentazione cellulare, ma solo nelle cellule più grandi.

Queste alterazioni, croniche ed acute, possono sommarsi le une accanto alle altre, occupando anche tratti assai vicini e circoscritti d'una stessa zona o sovrapponendosi negli stessi elementi cellulari. Qua e là si trovano in una zona alterata del cervello cellule sane.

Quanto al rapporto tra le lesioni e i sintomi, data la complessità dei processi cerebrali e specialmente degli intellettuali, essa non può certo seguirsi fino ai particolari. Pare che le piccole piramidali e le polimorfe siano colpite prima e più fortemente delle grandi. Ma la sola forma di parallelismo che si è autorizzati a riconoscere è quella tra la gravità ed estensione delle lesioni da una parte, e la gravità e generalità dello stato psichico dall'altra.

FIBRE NERVOSE. — Tanto le fibre tangenziali come le fibre radiali, trattate col metodo di Weigert, si mostrano in preda a processi di degenerazione non egualmente distribuiti, che portano talvolta alla scomparsa delle prime, ma non giungono che a diminuire l'abbondanza delle seconde. Usando il metodo di Marchi, si osservano anche i segni di degenerazione eccitatoria alla sezione delle cellule.

NEVROGLIA. — Oltre all'ingrossamento di queste fibre ed al loro aumento numerico, che si scorge qua e là diffusamente, il metodo elittico di Weigert mette in rilievo un'abbondante proliferazione di astroci e di altre gliocellule. Gli astroci fanno la loro comparsa anche negli strati corticali profondi, che ordinariamente non ne contengono, mentre sono ricca di gliocellule con prolungamenti muscoli e prive di vere fibre. Nello strato molecolare o tangenziale, che normalmente possiede fibre di nervaglia, ma in misura scarsa, la proliferazione di cellule e la trasformazione di fibre sono più accentuate che altrove. Alcune di queste cellule neformate raggiungono dimensioni astrociost; *Monsterzellen*.

La presenza di astroci dove normalmente non se ne trovano è una prova di flagranza a carico del processo di gliosi. E questo processo si estende largamente in tutto l'encefalo: Wisnietz e più tardi Rakow lo riscontrarono fin nel cervelletto, dove qualche cellula di Purkinje è circondata da robusti panieri di nervaglia e lo strato molecolare contiene molte fibre di Bergmann. Talvolta si vede il pino e la cellula è distrutta. Nello strato dei granuli, che normalmente è privo di fibre, se ne vede una discreta quantità.

Tra le lesioni della nervaglia va annoverata anche la così detta ependimite gravissima, perché non consiste in altro che nella produzione di noduli glionevrosi con perdita o metamorfosi delle cellule ependimali (fig. 98).

La moltiplicazione delle gliocellule avviene in piccola parte per cariocinesi, e questa è la ragione della relativa scarsità con cui si presentano le figure cariocinetiche. Assai più comune è la divisione diretta del

nucleo. Le cellule trasformate della nevroglia, prima ancora d'aver elaborato nuove fibre, sono dotate di capacità migratoria e fagocitica; se ne trovano dapprimitto in abbondanza, specialmente dove è avvenuta distruzione



Fig. 90. — Parafisi progressive; grande massa di spindolite granulosa. Calotta dell'ependima dalla parte più salutare: formosissimo abbondante di fibre di nevroglia. Metodo allettato di Weigert.

di elementi nervosi (fig. 91). Gli astrociti, gligeni per eccellenza, si addensano anche vicino ai vasi e negli spazi liberi della corteccia. Così si ha un vero processo cicatriziale il cui risultato è il raggrinzimento e la



Fig. 91. — Due cellule nervose prese dalla stessa polivolta della cortecchia cerebrale in un preparato: entrambi sono tessuti da nuclei di nevroglia, estremamente rigati e vacuolati. Nella cellula a il nucleo possiede ancora e si riconosce per la presenza del nucleolo, è impacciato ed irregolarmente colorato; nella cellula b non vi è nucleo e del citoplasma non restano che i rettili. Metodo di Nissl.

diminuzione della sostanza corticale. Alcune tra le cellule nervose sono strettamente abbracciate e per così dire soffocate dalle fibre trasformate di nevroglia che s'irragliano da un elemento satellite, da una *Trabocculite*. Queste cellule di nevroglia esistono anche allo stato normale; si trovano a contatto immediato con la cellula nervosa che contengono in numero di cinque o sei ed anche meno, specialmente, come osservò Cajal, vicino all'assone. Sono cellule a prolungamenti mucosi o prive di fibre;

spesso s'inspessiscono nella superficie della cellula nervosa; e perciò sono stati scambiati per leucociti in atto di penetrare la cellula. L'errore fu corretto da Nissl, e da Luciano. In condizioni patologiche, e precisamente nella paralisi progressiva, queste porzioni di cellule rosolose acquistano la proprietà di elaborare névroglia.

Non bisogna dimenticare che le gliocellule, dopo aver fabbricato le fibre filari di névroglia, soggiacciono a regressione e spariscono: il corpo cellulare si atrofizza, il nucleo si impiccolisce e diventa scuro.

Vasi vascolari. — Nei casi si osserva dilatazione e ingrossamento della pareti con aumento dei nuclei. La vascularizzazione è accresciuta. Più



Fig. 92. — Paralisi progressiva: infiltrazione perivasculari; i nuclei scuri (1) (nervosi) e cellule gliastriche. Metasto di Nissl.

osservi infiltrazione del lume, ma il caso non è molto frequente. Qua e là restringimenti, piccoli aneurismi, degenerazione ialina e in alcuni casi tracce d'endarterite aterosclerotica. Ma queste gravi alterazioni, a cui naturalmente si attribuisce la priorità ed una costanza che non hanno, e che passavano per le sole caratteristiche della paralisi progressiva, non si scorgono nelle autopsie dei casi iniziali. Ciò non toglie che i vasi siano realmente e considerevolmente alterati nelle fasi successive.

Intorno ai vasi del cervello qualche volta, ma non sempre, si scorgono col microscopio piccoli focolai di ramollimento non avvertibili all'occhio nudo. Ma non vi sono mai focolai vasti che possano mettersi in relazione con le paralisi.

I vasi sanguigni, specialmente i capillari, sono nei casi avanzati avvolti da vari manicotti di piccole cellule col nucleo intensamente colorato. Lo spessore di questo involucro può superare fin sei o sette volte quello del lume vasale. Gli elementi che compongono questi annessi fanno variamente classificati: nuclei liberi, leucociti, gliocellule. Le ricerche più

recenti dimostrano che esse sono in gran parte *Plasmazellen*, cellule plasmatiche. Le cellule plasmatiche, studiate prima da Uexa nella pelle e poi più accuratamente da Mastzellen, hanno appunto un'origine patologica come le *Mastzellen* di Ehrlich, in 14 corredi di paralitici R. Voort ne riscontrò tutte le volte la presenza e l'abbandanza, mentre mancavano affatto in 41 sopra 42 corredi di altri alienati ed erano scarse negli altri 2 (uno dei quali era stato suicida). Queste cellule plasmatiche si trovano sempre mescolate con linfociti e con vere *Mastzellen*. Ma i linfociti e le *Mastzellen* si trovano facilmente in molte malattie con compromissioni cerebrali. Invece le *Plasmazellen* di Uexa sarebbero patologiche della paralisi progressiva (fig. 32).

Alterazioni del midollo spinale e dei nervi periferici.

Malgrado gli indugi, i dubbi e le discussioni in mezzo a cui si conseguì questa certezza, è dimostrato che nella paralisi progressiva il midollo spinale non è mai illeso. Nella sua trama si riscontrano lesioni diffuse e lesioni sistematizzate.

Tra le lesioni diffuse sono da notare quelle delle cellule nervose: atrofia, sclerotizzazione e pigmento, alterazioni della sostanza cromatica dovute in parte agli stadi di cachessia terminale; iperplasia della neuroglia; rarefazione del plesso di fibre mieliche che decorrono nella sostanza grigia; riduzione dei cordoni nella parte marginale e sottoposta alla pia madre; ispessimento della pia madre.

Tra le lesioni sistematizzate, quelle dei fasci posteriori (fig. 33) non sono in generale molto accingute e consistono principalmente nella degenerazione di fibre isolate, che segue alla necrosi delle cellule corticali corrispondenti. Altre fibre possono presentare atrofie primarie delle guaine mieliche. Nei cordoni posteriori le lesioni sistematizzate sono più frequenti e più estese; esse interessano tutte le fibre endogene quanto le esogene, ma più specialmente quest'ultime. Molte volte i cordoni posteriori presentano lesioni estese con carattere schiettamente radicolare e infantile a quello della tabe; sono casi di *tabe-paralisi* (fig. 34).

Quanto alle alterazioni delle meningi e dei vasi, esse sono secondarie come quelle analoghe dell'encefalo.

Nei nervi periferici si conoscono alterazioni descritte da Pick, Fürstner,



Fig. 32. — Paralisi progressiva. degenerazione delle cellule periferiche, con atrofia e sclerotizzazione.

BIANCHI, COLELLA; ma queste alterazioni sono variamente interpretate. Secondo PUCI, si tratta di complicazioni ordinarie della paralisi progressiva che dipendono dalle lesioni centrali. Secondo FINESTRA, in simile rapporto non è provato; lo neuriti, egli osserva, come altri incidenti terminali della malattia, si possono attribuire con maggior verosimiglianza a traumi, compressioni, raffreddamenti, cachessia, intossicazioni. L'osservazione è giusta nei casi riportati da questi autori se avevano paralisi isolate, e quindi non si può negare che il quadro della malattia s'confinava alquanto della pura sindromeologia della paralisi progressiva. Per esempio, i casi di BRACCHI si riferiscono al nervo vago, e l'atrofia delle fibre è dovuta a degenerazioni primarie; la morte era avvenuta per una forma di polmonite simile a quella



Fig. 14. — Telo paralitico. Degenerazione del corallo (posteriori), osservazione della fibra scioglitte (una, fascio compresso) e una tra vici di Fick.

che si produce sperimentalmente recidendo il vago. In sei casi di COLELLA la nevrite paracchimotosa aveva colpito rami motori e rami sensitivi alla rinfusa con un'intensità che cresceva in direzione distale. Questo reperto è piuttosto comune negli stati di marasma e perciò non ha un significato particolare in rapporto al meccanismo della paralisi progressiva.

Alterazioni estranee al sistema nervoso.

La natura tossica della paralisi progressiva è confermata dall'esistenza di lesioni viscerali e di disordini generali che non possono interpretarsi come secondari. Tra le alterazioni extra-nervose, la più comune è l'aterosclerosi dell'aorta. In 101 sopra 81 cadaveri di paralitici SMARCO riscontrò che l'uomo presentava i segni d'un processo sifilitico o, secondo lui, diverso dall'ordinaria aterosclerosi dei vecchi. Sopra 71 cadaveri di non paralitici questo reperto non fu verificato che 7 volte; ma i 7 cadaveri erano tutti di sifilitici.

Sono abbastanza frequenti anche le affezioni cardiache del cuore, che spiegano alcune morti improvvise. E forse, come l'aterosclerosi dell'aorta, dipendono a loro volta dalla sifilide.

Un'altra complicazione della paralisi progressiva, abbastanza frequente

dei casi inveterati, è la *pario-necrite* per infezione. Non sono rare l'*atrofia granitosa dei reni* (d'origine vascolare), la *carite*, e *dermatite*, causa frequente della *settecchia*, che spesso chiude mortalmente il discorso del *paralítico*.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

La *paralisi progressiva* può essere confusa con le seguenti malattie: *sifilide cerebrale*, *alcolismo* (*pseudo-paralisi sifilitica* ed *alcolica*), *amnesia*, *terranstenia*, *paranoia*, *mania*. I criteri per premunirsi da simili equivoci sono abbastanza facili e raggiungono completamente il proprio scopo, perchè il medico non pretenda di prendere partito in qualunque caso e sappia, quando i sintomi sono scarsi ed incerti, aspettare dal tempo la soluzione di un quesito che si fonda in parte anche sul decorso.

Nella *sifilide cerebrale* si scorgono fenomeni a focolaio che la cura mercuriale riduce al silenzio o attenua; se v'è disordine mentale, esso ha prevalentemente la forma di semplice difetto. La *sifilide cerebrale* può anche dar luogo al *cosìstimento*, ma senza la spensieratezza guerile e la millanteria demenziale della *paralisi progressiva*. Tenuto conto di queste norme differenziali, l'espressione di *pseudo-paralisi sifilitica* è poco giustificata, perchè un clinico avveduto non direrà gran fatica a dividere le due malattie con una linea di demarca ben netta, che non consente gradazioni intermedie.

L'*alcolismo* è più insidioso della *sifilide* nell'imitare il quadro sintomatico della *paralisi progressiva*, perchè conduce anche per conto proprio e con grande frequenza ad una disorganizzazione del carattere e dell'intelligenza abbastanza simile o poco meno grave di quella che costituisce la *demenza paralitica* nei suoi primordi. La rigidità pupillare, l'alcobolismo dei riflessi rotulei, la disartria, l'amnesia, la disgrafia con tremore e con le caratteristiche omissioni o ripetizioni di sillabe nella scrittura completano spesso il quadro *pseudo-paralitico*. Secondo alcuni, la presenza di allucinazioni visive basterebbe a risolvere il dubbio; ma questa norma di diagnosi differenziale non è sempre applicabile, perchè molti *alcolisti* non sono allucinati, e non è mai sicura, perchè qualche *paralitico* autentico soffre, al pari degli *alcolisti*, di allucinazioni visive. Un mezzo mezzo sifido per distinguere dai *paralitici* gli *alcolisti* è quello di sottoporre i malati ad un isolamento rigoroso con astensione assoluta dell'alcool. In capo ad un mese o poco più un *alcolista*, per quanto inveterato e per quanto simile al più evidente dei *paralitici*, si libera di qualunque scomodo motorio e mentale con una rapidità e con una pienezza di successo, che sarebbe vano sperare da un vero *paralitico* in fase di remissione.

Per non indugiare la diagnosi di paralisi progressiva a individui colpiti di assenza, ciò che costituirebbe un errore veramente deplorabile, bisogna ricordare che questa paralisi, spesso assai benigna e in altri casi rapidamente mortale, segue sempre ad incidenti gravi e clamorosi d'esaurimento acuto, come emorragie, infarcti, peripneumonia, catarro gastrico con febbre e disassimilazione. Queste cause occasionali insieme nella paralisi progressiva. Quanto ai fenomeni di paresi e d'incoordinazione motoria, senza di cui sarebbe impossibile far giudizio di paralisi, essi non appartengono al repertorio sintomatico dell'arrozina.

Nella nevrosi, nella paranoia, nella *dementia praecox*, nella *senia* manifestano completamente sia la nota umenziale, sia la nota demenziale; il medico non deve lasciarsi ingannare né dalle complicazioni motorie dei nevrosotici, né dai deliri di grandezza dei paranoici, né dall'incoerenza dei dementi precoci, né dal contegno disinibito dei senili. Bisogna tener presente che la nevrosi, se porta spesso esagerazioni dei riflessi psichici, tremore delle palpebre, delle mani e della lingua, scoppi di collera, esasperazione della coscienza, persistono con protesta, pochezza della memoria, non provoca mai né rigidità delle pupille, né allucinati reali, né vera diminuzione della capacità intellettuale. Parimenti, la paranoia può ispirare deliri folli, se si tratta di un individuo teigistamente limitato, ma in questi deliri vi è una fermezza, una precisione, una dialettica ignota al paranoico. Quanto ai dementi precoci, la loro demenza, per quanto sia profonda, è sempre parziale e sistematica; essi conservano una memoria e un orientamento che i paranoici, ancorché lucidi ed alla storia iniziale di demenza, non possiedono quasi mai; e complicazioni di ordine motorio non ne presentano affatto o le hanno, ma insignificanti. Così il manico che parla con abbondanza e scortezza, scrive con polso fermo, coglie a volo ogni frase, afferma e interpreta con arguzia gli avvenimenti contingenti che s'aggiono ai giornali, fa un contrasto singolare, malgrado la sua allegria e il suo disordine, col paralitico, che è bensì allegro, ma distratto, che è altrettanto rumoroso, ma sordo.

CONCLUSIONI.

Se la paralisi progressiva è una malattia incurabile, ciò di cui vi è già dubito, essa non è una malattia incurabile. Da qualche tempo a questa parte, per testimonianze isolate di molti clinici, la data della morte nei paralitici va sempre più allontanandosi da quella della diagnosi e non sono rari i casi di malati che sopravvivono per dieci e più anni all'inizio della terribile malattia. Che un simile risultato dipenda da un'attenuazione

progressiva del virus sifilitico, in quanto esso si diffonde di generazione in generazione e tende a produrre l'immunità, è forse possibile, tanto più che in parte si nota una certa attenuazione anche nei sintomi, o le forme di paralisi tranquille con bene ordinata dell'intelligenza cominciano a prevalere numericamente sulle forme agitate e confuse. Che il raffinarsi dei mezzi diagnostici porti nella statistica della paralisi progressiva un buon numero di casi più tardi e meno antichi, di cui in passato non si teneva conto e che vengono a modificare favorevolmente le tabelle della mortalità, è probabile. Ma non sarebbe giusto affermare che a questo risultato non possa contribuire in parte anche la cura razionale della paralisi progressiva come un'affezione cronica di natura tossica.

Il trattamento specifico, sia in malati che l'abbiano già subito quando erano sifilitici, sia in coloro che, essendo sifilitici, non lo sperimentarono mai, riesce sempre inefficace e lascia assolutamente le cose allo stato quando. Non fanno eccezione nemmeno quei paralitici che hanno contratto la sifide pochi anni prima, per esempio da sette o da sei o da cinque anni. Quando agli altri, se si avvantaggiano dalla cura e guariscono, vuol dire che erano pseudo-paralitici ancora in fase di sifide terziaria.

D'altra parte, un trattamento sintomatico che miri a prevenire accessi e ad evitare le cause di deterioramento progressivo, che difenda il cervello da iperintossicazioni e da intossicazioni secondarie, che corrobora l'organismo con un'igiene ed una dieta adatte, deve essere sempre applicato con ogni scrupolo finché in clinica non insegnino mezzi di cura specifici e più diretti. A questo scopo occorre un'attenta vigilanza su tutte le funzioni organiche.

I paralitici devono astenersi dagli eccitanti e dagli alcoolici come pure da un'alimentazione sovrabbondante, a cui sono tratti facilmente dalla loro euforia o sponderalità. Per impedire che nel tubo digerente si sviluppino putrefatti tossici bisogna spesso ricorrere alle purghe, agli enterocismi, ai tonici, al regime lattico, agli antisettici intestinali. GARSTEN e COLLEMAN raccomandano con molta opportunità la pulizia quotidiana dei denti e della bocca; i malati se ne disinteressano talvolta per settimane intere, illudendosi d'essere in perfetto ordine, ma il medico deve sorvegliarli e guidarli come ragazzi inesperti, tardi ad obbedire ed esposti a pericoli speciali.

Durante i periodi d'agitazione sono utili i bagni generali a 39° C., prolungati per un'ora o più con comprensa fredda al capo o doccia frontale. Indipendentemente dall'agitazione si farà poi largo uso del bagno tepido per l'igiene della pelle e per eccitare blandamente i processi del ricambio organico. A questo scopo è consigliato anche l'iodare (il potassio o quello

di sodio in dose da 0,25 ad 1 grammo ogni 24 ore. Una volta si assiegiavano i paralitici ed abbondanti salassi, e questa cura, coordinata al concetto moderno della paralisi progressiva, non è indegna d'essere ristudiata con cauti, periodici e razionali esperimenti sopra infermi robusti in fase iniziale di malattia.

Anni sono si usavano sistematicamente i revulsivi. Il setone, alla sua risalita ai tempi di BALLANTRAE. Le piante di fuoco sul collo e sulla schiena, i vescicanti, le pomate irritanti, le applicazioni di sanguisughe facevano parte di questa terapia medicinale.

L'elettività fu prescritta da HIRZ, da AUSTY, da NEWTH, che l'usavano in forma di corrente galvanica piuttosto debole lungo la spina dorsale, con polo negativo alla nuca e polo positivo ad una gamba, oppure nei limiti del midollo cervicale (HIRZ). Ma la cura elettrica non ebbe molti proseliti; la maggioranza degli alienisti non è persuasa della sua utilità ed anzi ne teme l'azione eccitante. Per ragioni analoghe è contraindicata l'idroterapia.

Fu tentata la cura radicale della paralisi progressiva persino con la trapanazione del cranio. Essa fu eseguita per la prima volta nel 1889 da CLAVE-SHAW, che se ne trovò soddisfatto; ma i risultati successivi di BARRY TUCK, che incideva la dura madre e lasciava uscire il liquido cefalo-rachideo, furono inconcludenti. Era più semplice e meno privo di qualunque indicazione razionale l'incremento esplicito della puntura liquore, che infatti venne praticato a sua volta, ma con deboli esecuzioni.

L'infirmità e la spensieratezza dei paralitici formano un serio ostacolo alle cure minuziose e continue di cui essi hanno bisogno. Perciò, finché i malati tenderebbero al quieto di casa ed a godere d'una certa indipendenza, cioè durante i primi stadi della malattia, la cura non si fa bene che nei sanatori. I paralitici dominati da idee ipochondriche possono invece rimanere in famiglia ed anzi non è opportuno che se ne separino. Ma il ricovero dei paralitici in manicomio o case di salute è spesso necessario per ragioni di sicurezza e d'ordine pubblico. Nei principii della malattia il paralitico è eccitabilissimo, caparbio, spendereccio, pericoloso a sé ed agli altri. La regolarità d'orario, il riposo e le cure che si trovano nelle case di salute portano subito il loro frutto. I malati ricupiscono una certa calma e quella moderanza di spirito che sono necessari anche per condurre una vita semplicemente vegetativa. Diventano docili e più modesti; si riabilitano all'ordine. E a questo modo, dopo un breve soggiorno al sanatorio, si rendono idonei al ritorno in famiglia.

Il regime indicato dovrà continuarsi anche durante i periodi di *treves*, pur lasciando ai malati una certa illusione di libertà. Si continueranno le

zioni antisettiche della bocca e del naso, i bagni tepidi, e le somministrazioni di caffèina o di sparteina, qualora vi sia minaccia di complicazioni cardiache. Quando poi la paralisi è inoltrata, bisogna raddoppiare di diligenza nell'osservare l'igiene della pelle. Brown-Séquard, per prevenire i decubiti, suggeriva l'applicazione alternata di compresso caldissimo e freddissimo; ed altri usavano polveri cosparse sul letto. Ma non è nemmeno consigliabile di esagerare nei mezzi di prevenzione o di usare pratiche scomode e faticose di fronte ad un pericolo che non è costante o che in ogni modo si presenta soltanto al termine della malattia.

CAPITOLO XV.

Le cerebropatie infantili (idiozia acquisita)

Le cerebropatie infantili e fetali, benché derivino da cause estremamente svariate, si svolgono in maniera abbastanza simile o lasciano reliquie abbastanza uniformi per poter trovarsi in compagnia sotto un'insegna comune. Qualunque sia all'esordio la natura e l'estensione della lesione, esse disturbano il cervello in una fase speciale e delicata della sua evoluzione che non ha riscontri nella vita degli adulti. Nel cervello infantile non tutte le fibre sono maturitate e poche tra le cellule nervose hanno raggiunto la loro perfezione anatomica: vi sono ancora cellule, vi sono ancora fibre che, sorprese nel loro processo di formazione da una malattia acuta o da un trauma, non ritroveranno più le condizioni e forse nemmeno lo spazio materiale per espandersi ulteriormente con quelle ramificazioni di dendriti e di collaterali a cui erano predestinate. D'altra parte gli agenti infettivi, tossici e traumatici perocchino in reazione d'una nevroglia giovane, rigogliosa, in pieno vigore di proliferazione naturale e che adempie il suo ufficio difensivo molto più intensamente ed estensamente della nevroglia adulta. Nella nevroglia adulta il potere di proliferazione si assopisce e non si risveglia che sotto la spinta dei processi patologici, sia senz'eccezzo di pelo; nella nevroglia giovane è in atto il lavoro normale dell'accrescimento, che spinge la glia primitiva a proporzioni smoderate.

Le malattie organiche del cervello, nei primi periodi della vita, meritano dunque un posto a parte, sia perché, al di là della lesione iniziale, immiseriscono lo sviluppo nervoso anche in regioni intatte o più o meno lontane, sia perché provocano in ricorrenza una glia sfrenata. A questa irradiazione dei processi anatomici corrisponde un'irradiazione di sintomi; e all'abbondanza dei sintomi la varietà del quadro clinico. Ciò non esclude una certa costanza d'esiti ed anche di decorso. Infatti tutti i processi cerebropatici dell'infanzia e della vita fetale conducono alla perdita irreparabile di funzioni attive ed appariscenti, tra cui si deplora spesso

quella dell'intelligenza, e che non sono certamente componente della presenza stenotica e in quantità ingombrante del tessuto protettivo. Talvolta anzi portano delle larghe cicatrici di necrosi simili trinititi, che si riaccendono di quando in quando, sebbene col tempo possano anche scomparire.

Se si vogliono mettere in evidenza le somiglianze anatomiche che uniscono questi processi morbosì, esse possono riassumersi nella formula comune: *atrofia degli elementi nervosi e proliferazione esorbitante della neuroglia*. Ma, a differenza da ciò che vediamo nelle cerebropatie degli adulti, l'atrofia assume l'apparenza d'una semplice *optasia*, mentre la glia acquista quasi il carattere di un' *perplexa teratologica*. Così avviene che nei cerebropatie d'origine fetale ed infantile la malattia si confonde con l'imperfezione, con l'anomalia, con la monstruosità. La proporzione tra il tessuto specifico e il tessuto complementare resta alterata a danno degli elementi nervosi e a vantaggio della neuroglia. Risultato complessivo è una lesione più ampia di quella che, per un insulto eguale, si sarebbe prodotta in un adulto.

Infatti, mentre la glia reattiva degli adulti rinchiuso il focolaio di rammolimento ischemico ed emorragico in una muraglia sottile, quasi per circoscriverne i danni, quella dei bambini li aumenta, formando una cornice più estesa e più molesta del quadro. La neuroglia continua a moltiplicarsi oltre all'età prescritta, ed è in preda a vicende morbose che prolungano la durata della malattia iniziale e, dopo averne allargato il campo anatomico, la rendono cronica.

È ben difficile che le zone *parietali* possano sottrarsi interamente a processi morbosì che, dovunque cadano, fanno tutta neccessaria a dilagare. Se si confronta l'area destinata alle funzioni associative con quella occupata dai centri corticali di percezione, si comprende subito che i centri associativi siano i più esposti al primo urto ed all'ulteriore diffusione della malattia, appunto perché presentano un bersaglio più spesso e complessivamente più vasto. Si aggiunga che i stiratori intellettivi, essendo gli ultimi a formarsi, conservano più a lungo quei caratteri d'infantilità anatomica che accrescono la loro alle cerebropatie nei primi anni di vita. Non dobbiamo dunque meravigliarci se i casi di paralisi motoria e sensoriale senza difetto dell'intelligenza sono, tra i cerebropatie dell'infanzia, piuttosto rari; e se invece sono assai meno rari quelli di semplice idiozia, a cui FREUD diede il nome di *cerebroplégie senza paralisi*. Certo è peraltro che fra le cerebropatie prevalgono le forme miste d'idiozia con disturbi parziali delle funzioni motorie.

Tanto nell'idiozia aparetica come nell'idiozia con cerebroplegia il quadro della deficienza psichica è esente da vere anomalie intellettuali ed affet-

tive; e ciò costituisce un altro elemento caratteristico delle cerebropatie infantili, che cementa a sua volta l'unità clinica di questi processi. Infatti le idiozie acquisite vengono così a contrapporsi all'imbecillità degenerativa ed ereditaria. Quest'ultima è accompagnata da lesioni visibili del cervello, ma si manifesta con perversimenti etici ed intellettuali, che l'avvicinano all'insanabilità costituzionale ed alla pazzia e che la discostano anche clinicamente dalla idiozia acquisita per cerebropatia infantile o fetale.

Tra gli imbecilli di razza e gli idioti d'occasione viene così a crearsi un divario non riconosciuto nella psichiatria corrente. Finora gli alienisti non videro nelle cerebropatie infantili che il risultato essenziale, cioè l'arresto di sviluppo; e negli arresti di sviluppo non seppero ravvisare altra causa che la degenerazione ereditaria. Le forme di deficienza mentale, per la loro gravità, e più ancora per le loro complicazioni motorie, sembrarono l'espressione tipica d'una decadenza profonda, l'ultima tappa della degenerazione; e in presenza ad ogni imbecille, ad ogni idiota con o senza paralisi, si presupponeva una degenerazione meno grave degli autisti in lunga serie, fabbricando genealogie patologiche su lievi indizi di nevropatia. A questo modo si era costituita una grande serie tra deficienze mentali di origine e di forma assai diversa: unità superficiale, fondata su presuncetti e forse falsa.

Oggi si vengono staccando dal tronco dell'imbecillità ereditaria tutte le forme d'idiozia acquisita, che si mostrano così chiaramente dovute a processi cerebropatici; e i rami così staccati formano già una massa clinica più imponente del tronco e profondamente diversa. Studiando la microcefalia, GIGLIOLI distinse i casi *patologici*, nel senso di VACHOW, dai casi *atavici*, nel senso di VOOR; e così riconoscibile l'importanza del primo. Le autopsie di BOUSSEVALAT, le osservazioni cliniche di SOTAIK e quelle di KÖHN confermarono la necessità del dualismo. Non vi è dubbio che molti tra i microcefali illustrati da GIGLIOLI sono veri cerebropatici; BOUSSEVALAT giunse addirittura a descrivere lesioni caratteristiche dell'idiozia cerebropatica; SOTAIK contrappone nettamente gli idioti insani e correggibili, malgrado la maggior gravità della loro deficienza, agli imbecilli (degenerati e incorreggibili); e KÖHN, fondandosi sulle osservazioni proprie e su quelle di FATTU, mise avanti senz'altro il concetto della *cerebroplegia senza paralisi*, in forma del quale anche le imbecillità e le idiozie semplici sono da riguardarsi come cerebropatie parzialmente giunte o circoscritte alle funzioni mentali, ma non diverse per la loro patogenesi dalle comuni cerebroplegie, e quindi esenti, come queste, da lesi genitorie.

Se col tempo aumenteranno i casi di deficienza mentale in cui è dimo-

strade una lesione organica o fortuita, o se si resserà dall'accusare abusivamente l'eredità morbosa di tutte le malattie di cui ignoriamo la causa, è probabile che si ritornerà presto al concetto unitario di tutte le deficienze mentali, frenastenici, insufficienti, arresti dello sviluppo psichico: puri, con lesioni grossolane, con lesioni meno evidenti (microscopiche); misti a paralisi motorie, senza paralisi, il dualismo presente avrà servito di transizione per passare dall'unicismo antico, tutto a favore della degenerazione ereditaria, all'unicismo moderno, tutto a favore della cerebropatia.

Le insicillità ereditarie o pure o senza lesioni, ritornando a un punto dell'unità clinica che abbraccia tutte le deficienze infantili dell'intelligenza, cessano d'essere il punto per rappresentarne invece le forme più attenuate, più circoscritte o più fruste.

ETIOLOGIA.

I processi patologici del cervello e dei suoi involucri, che sono capaci di rallentare, d'arrestare o di circoscrivere lo sviluppo delle funzioni psichiche, insorgono o nella vita intrauterina o durante l'atto del parto o poco dopo la nascita. Un criterio per la classificazione delle cerebropatie infantili è appunto la data d'origine. In pratica non è tuttavia sempre facile stabilire se la lesione iniziale avviene prima o dopo la nascita, o, se è postnatale, in quale epoca avviene, perché il processo morboso può mantenersi lungo tempo latente o manifestarsi all'improvviso in tutta la sua forza per una causa accidentale che, da sé sola, sarebbe stata insufficiente a produrre gli stessi effetti.

Gli stessi ordini di cause che sul bambino agiscono direttamente possono agire indirettamente sul feto, i traumi fisici e psichici, le infezioni acute, gli stati di carenza successivi ad infezioni ed intossicazioni croniche, la sifilide, le diatesi d'origine oscura, come il rachitismo, determinano nel bambino cerebropatie ed idiozia acquisita.

Tutti questi incidenti o malattie — traumi, spavento, infezioni, intossicazioni acute e croniche — possono colpire la madre durante la gravidanza o ripercuotersi sul feto coi modesti effetti, cioè con cerebropatie ed idiozia, che, per quanto congenite, non si debbono annoverare fra le malattie veramente ereditarie.

Tra le cause delle cerebropatie infantili ve ne sono di predisponenti e di occasionali. WARREN ha affermato d'aver riscontrato la tara ereditaria in 14 sopra 22 casi di cerebropatia; e in 7 dei 14 si trattava d'alcolismo paterno. E, in le varie cause, piuttosto disciolto l'azione della

sifilide. Secondo Fournier la sifilide dei genitori si eredita in forma di parasifilide, e le lesioni che si osservano nella prole cerebropatica sono appunto da intendersi in questo senso, specialmente quando si manifesta con la sindrome di Little. Altri clinici assegnano alla sifilide dei genitori la parte, forse troppo modesta, di semplice preparatrice; e in ogni modo riconoscono che il fattore più frequente della malattia di Little sia il parto irregolare, come indica lo stesso LITTLE. Secondo FULTON, invece, la distocia non è in grado di determinare cerebroplegia, se non in concorso con una predisposizione; altrimenti non si spiegherebbe come i parti anormali mettano alla luce un numero assai maggiore di bambini normali che non di diffezi.

Anche KÖNIG dà grande importanza all'eredità cerebropatica, e specialmente all'albustismo paterno; l'epilessia spontanea, già di per sé, predisporrebbe il cervello alle cerebropatie. Se avessero dunque identico cerebropatiale, il nome tripartito (per epilessia spontanea) e il nome bio-cerebropatiale, come lo denomina DE SALICIS, cioè per cerebropatia sopravvenuta in un imperfecto predisposto biostituenente. A me sembra che una queste distinzioni, malto illuminate dalla simbiologia, siano troppo sottili. Di fronte a processi numerosi d'alterazione il fattore esterno è il solo necessario. È vero che esso non è sempre sufficiente a produrre la cerebropatia, e infatti passa non di rado senza danno duraturo. Ma in questo caso possiamo ammettere che il processo occasionale sia stato troppo debole o che la resistenza dell'organismo sia stata abbastanza valida. L'insufficienza dell'organismo a resistere non costituisce senz'altro una predisposizione ereditaria, perché può dipendere o dall'eccessività dell'azione morbosa a cui avrebbe dovuto opporsi, oppure da condizioni momentanee di debolezza, che non hanno nulla di comune con la struttura individuale e tanto meno con quella della stirpe. E infatti, la massima parte dei bambini cerebropatici ha fratelli e sorelle sani e si recita nel posteruptivo, che è più esposto, non con più incidenza di fronte ai fattori esterni di malattia. Sopra 22 casi di cerebroplegia infantile STRELLI non ne trovò che 4 con predisposizione ereditaria; le sue diagnosi abbracciavano le cerebroplegie aparetiche, purché all'origine fosse almeno associata l'epilessia.

D'altra parte, se pretendiamo in considerazione le cause esterne delle cerebropatie e cerchiamo di metterle in rapporto coi quadri clinici, dobbiamo convenire che, malgrado certi sintomi comuni a tutti i processi e a tutte le cause, si delinei già una classificazione feconda di corollari. Così, secondo FULTON, il parto precocitero determina più specialmente le *forme paraplegiche*, il parto distocico, ossia l'*asfissia*, dà luogo alla *regola generale*, e il trauma partorio alle *cerebropatie corrette*. Secondo

Kössa: la sifilide cerebrale è causa di cereleropatie speciali che stanno in mezzo tra le cereleropatie vere (emiplegie, diplegie, paraplegie) e la paralisi progressiva giovanile. Inoltre fu notato che le diplegie sono quasi sempre perinatale, le emiplegie postnatali.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Come abbiamo detto, la differenza tra le cereleropatie infantili e quelle degli adulti consiste specialmente nella facilità con cui le prime scaturiscono dalla lesione iniziale, o spesso tutt'altro che esesa, ad un lobo intero ed anche a tutto l'emisfero. Perciò le lesioni a focolaio possono produrre conseguenze non meno importanti di quelle dovute a processi generali ed a gravi deformità. Per es.: un'infiammazione cerebrale è causa di necrosi negli elementi nervosi che abitano il territorio irrigato dall'arteria occipitale; ma la proliferazione della nevroglia, che nell'adulto non oltrepassa l'immediata vicinanza della zona ammalata, condurre il cervello infantile all'atrofia ed alla sclerosi anche totale. Gli attacchi epilettici vengono di frequente a testimoniare che la glia non forma soltanto un ostacolo passivo all'espansione ed alla funzionalità specifica del cervello. Il focolaio sclerotico rappresenta allora una sorgente d'irritazioni attive, che negli adulti manifesti il più delle volte e in ogni modo non arrivano a provocare reazioni violentemente convulsive.

Dove si localizzano le lesioni iniziali delle cereleropatie infantili? La loro localizzazione primitiva è quasi sempre a carico dei vasi sanguigni, sia ch'essa avvenga nella vita intrauterina o durante il parto o dopo la nascita; sia ch'essa abbia origine meccanica o infiammatorio-infettiva; ma infuè che si tratti di lesioni a focolaio o grossolane o di lesioni microscopiche e diffuse, quando un trauma grave colpisce il capo d'un bambino, gli elementi nervosi della corteccia cerebrale possono essere fatti segno a lesione diretta; ma anche in questi casi molta parte del danno proviene dalle emorragie che comprimono o che infiltrano la corteccia.

Le alterazioni primitive dei neuroni possono costituire la fonte unica di vere cereleropatie, senza lesione macroscopica dei vasi, senza risulti ipertrofia della nevroglia? In alcuni fatti recenti parebbe dimostrato che il semplice arresto dello sviluppo nervoso, sia pure determinato, in qualche modo, basti ad evocare la sindrome di certe cereleropatie. Nel 1898 Serrano riscontrò all'autopsia d'un idioza epilettico che il cervello era piccolo, ma senza tracce di lesioni macroscopiche, che nei giri corticali mancavano le cellule giganti, che le fibre dei fasci piramidali non erano punto

degenerata e solo si facevano notare per la sottigliezza del loro calibro. In un caso di paraplegia spastica le circonvoluzioni erano atipiche, le cellule corticali piccole e scarseggianti, le fibre delle piramidi normali. Un altro *diplegico*, descritto da BOUVILLÉ nel 1890, aveva cervello normale, atrofia del cervelletto e ipoplasia dei fasci piramidali. Ecco dunque degli esempi d'idiotia clinicamente cerebropatica, anzi cerebroplegica nel senso più completo della parola, ma che dal punto di vista anatomico si confondono un po' con le idiozie d'antico stampo e senza alcun segno di processi esogeni.

Secondo PELLIZZI, l'arresto evolutivo dei neuroni può costituire il substrato di processi patologici che devono riguardarsi come «endogeni»: la sclerosi tuberosa consiste bensì nella proliferazione esuberante di nevraglia, che si evidenzia in placche lucide e rilevate, ma la causa di questi focolai di gliosi va ricercata in un difetto dell'idrogenesi corticale. Dopo l'8.^o mese di vita intrauterina sono già formato le scissure primarie e secondarie, e dovrebbe cominciare il differenziamento ulteriore. Se ciò non avviene, si avranno numerose e gravi anomalie nella stratificazione e nell'orientazione degli elementi nervosi, come si osservano nei disegni della piastrina tuberosa ed anche nel loro interno. Perciò PELLIZZI interpreta la sclerosi tuberosa come un fatto consecutivo all'agenesia scissoria, ossia come l'esponente macroscopico della degenerazione patologica, o la elimina dal novero delle cerebropatie esogene.

Prescindendo dalla sclerosi tuberosa, la sua patogenesi è oscura, e che potrebbe essere causa, anziché effetto, dell'aplasia nervosa, noi non possiamo riconoscere all'arresto dello sviluppo nervoso altra influenza sui processi di cerebropatia e sui loro sintomi clinici che quella d'una causa indiretta o passiva, in quanto la resistenza agli agenti mortali è diminuita. Si citano infatti dei reperti anatomici (GIACOMINI, MAZZARELLI, BERZ), in cui accanto ad anomalie primitive di sviluppo, che avevano reso imperfette le circonvoluzioni, esistevano le tracce di malumori accidentali che erano sopravvenute in epoche successive della vita fetale o nei primi mesi della vita extrauterina. Sono appunto questi i casi che DI SACCHI raggruppa sotto la denominazione già ricordata di *idiotie bio-cerebropatiche*.

Tra le lesioni iniziali delle cerebropatie non figurano quelle della nevraglia. L'ipotesi d'una *gliosi primitiva*, esposta da CHASTAN per la patogenesi dell'epilessia, da BOUVILLÉ e da BISSAUD per la sclerosi ipertrofica, è oggi dai più contraddetta. Resta dunque ammesso, fino a che non si presentino documenti nuovi del contrario, che la parte più importante nella patogenesi delle cerebropatie infantili spetta alle lesioni vasali, arteriose e venose. Le più comuni sono l'infiammazione (per embolia o per

trombosi e l'emorragia. La sede di predilezione è, per le embolie, l'arteria polmonare. La trombosi si produce più facilmente nei seni venosi della dura madre. Le emorragie multiple (capillari) costituiscono il reperto caratteristico dell'encefalite acuta (GOSWAMIE).

L'occlusione o la rottura dei vasi sanguigni che irrigan il cervello provengono dall'esterno: da *traumi indiretti*, cioè riportati dalla madre incinta, e da *traumi diretti* che colpiscono il capo del bambino. Oggi sono da ricercarsi in disturbi generali della circolazione, malattie cardiache, stati febbrili, eccesso di pressione endocranica durante gli attacchi spasmodici della pertosse, alterazioni delle pareti vasali (arterio-sclerosi), infezioni acute e stati disidratati, che hanno trovato nel cervello una localizzazione qualunque. Le alterazioni delle pareti vasali, oltre ad arrestare la circolazione ed a produrre la fuoriuscita del sangue, possono sovraccaricare il processo frammentario della sclerosi, aumentando la naturale espansibilità. Secondo MAIR, la gliosi della *sclerosi lobare* si dilunga in piccoli focoli periarteriosi i quali poi confluiscono formando focoli più vasti.

Data l'origine sanguigna dei processi cerebropatici, dobbiamo prendere in esame le lesioni secondarie. Tra di esse si distinguono:

1.^a alterazioni terminali ed immutabili che rappresentano i reliquiati di processi spenti;

2.^a alterazioni in atto con andamento cronico, progressivo e che dalla regione lesa penitivamente possono propagarsi a tutto l'emisfero;

3.^a alterazioni d'aplasia e di paraplasia sia in prossimità del focolaio primitivo, sia a distanza;

4.^a atrofie e degenerazioni consecutive dei neuroni intracerebrali, cerebello-cerebellari e cortico-mollari.

Tra le alterazioni del primo gruppo abbiamo le *cisti*, le *piacche gialle* di rammolimento, i *raggrinzimenti*, le *porencefalie*, le *sclerosi circoscritte*. La *sclerosi lobare atrofica* non è altro che il tessuto *evolutivo*, cioè la riparamente permanente d'una malattia terminata (WEANICK). Il processo originario può consistere tanto nell'occlusione d'un vaso come nell'emorragia.

Tra le alterazioni del secondo gruppo dobbiamo collocare la *gliosi*, che conduce alla *sclerosi*, all'*atrofia* e in certi casi all'*ipertrofia* (apparente) delle circonvoluzioni. Caratteristica di questo processo è la *progressività* e quindi la *cronicità*. Hanno il medesimo valore relativo anche l'*idrocefalo* e quelle *proliferazioni cistiche e connettivali* che accompagnano la *meningite* e la *meningo-encefalite*.

Nel terzo gruppo vanno menzionate la *microcefalie* (spuria), la *microgyria* (fig. 95), le *aberrazioni strutturali delle circonvoluzioni*, come la *porence-*

cefalia, in una parola tutte le disgenesi. S'intende che tutte queste anomalie di sviluppo s'incontrano principalmente nei casi di cerebropatia prenatale. Le lesioni vascolari non sono sempre la causa immediata di questi processi intrinseci, che si devono piuttosto alla proliferazione della neuroglia, alla distruzione degli elementi fibrogeni, alla demielinizzazione prodotta dalla malattia o dal disordine iniziale. La *microgyria* può essere causata, secondo Mantegazza, unicamente dall'idrocefalo.

Quanto alle alterazioni del quarto gruppo, cioè alle atrofie ed alle degenerazioni, basterà ricordare che la loro localizzazione dipende dalla



Fig. 31. — *Microgyria, specialmente del lobo frontale. Mente della grandetta anormale.* (da BANCARI, *Archiv. für Psychiatr.*, DLXXXI, H. 2).

sede della lesione primaria. Secondo che si tratta d'una lesione a focus o diffusa e secondo l'epoca in cui si produce il fatto primo, si avrà l'agnosia o l'atrofia o la degenerazione dei fasci che prendono origine dal territorio lesa. E questo processo di degenerazione o *atrofia* potrà estendersi da neuroni di primo ordine a quelli di secondo ordine, e così di seguito. La sclerosi d'un emisfero può associarsi con l'atrofia in massa di tutto il cervello e con l'emistrotia del piede, del bulbo, e del midollo nella metà corrispondente.

Tutte queste lesioni si possono raggruppare in quadri anatomico-patologici che corrispondono ai vari processi morbosì; ma la fase più nota e più interessante di ogni quadro è appunto l'ultima, cioè quella in cui i vari processi confondono e si rassomigliano.

SINTOMI E FORME CLINICHE.

ALTERAZIONE PSICHICHE. — Fino a questi ultimi anni le cerebropatie infantili furono studiate con grande interesse e da molti lati, ma non dal lato psichiatrico. I trattati di psichiatria non ne fanno alcuna menzione. Nel 1891 KRAEPELIN, acutamente riconosce che sarebbe razionale separare i casi d'arresto psichico per incompleto sviluppo corticale da quelli che sono dovuti a processi patologici del cervello, finisce col dichiarare: «promettiamo ogni selezione clinica di questo genere e si attiene all'antica distinzione tra idioti ed imbecilli. Quanto ai trattati di neuropatologia, essi non concedono alle manifestazioni psichiche delle cerebropatie infantili che un ben piccolo posto.

La distinzione tra idioti ed imbecilli, che risale ad Esquirol, e che è tuttora adottata dalla granissima maggioranza degli alienisti, non implica che una differenza di grado. Gli idioti sono imbecilli superlativi, che non parlano per mancanza d'idea e di favella; gli imbecilli sono meno poveri d'intelligenza, piuttosto viziati di carattere e parlano molto abbondantemente, benché in modo infantile. A queste due categorie di arresi vanno aggiunti i *scapoli di spirito*: costoro fanno uso d'un linguaggio regolare e formano, per così dire, l'aristocrazia degli imbecilli, ma per la loro credulità e facilità si dimostrano inferiori ai normali.

Nel 1891 SOLLAIRY riesce a galvanizzare questo capitolo della psichiatria, mantenendolo la graduatoria di Esquirol, ma trasportandola sopra una base più scientifica. Assumere, ad imitazione di Esquirol, il linguaggio come indice unico dell'intelligenza era un procedimento troppo sistematico, che può condurre a giudizi erronei: il linguaggio può mancare per afasia infantile non compensata o restare imperfetto per insufficienza d'educazione. Perciò SOLLAIRY preferisce, ed a ragione, di riassumere la forza intellettuale alla capacità d'attenzione; e chiama col nome unico d'imbecilli i meno disattenti, col nome solito d'idioti gli incapaci d'ogni attenzione spontanea. Questo criterio di divisione lo condurrà a scoprire ben le due classi di *arresi* differenze innate di grado *intellettivo* e *morale*, che superano per importanza, o non di poco, la semplice differenza di quantità o di grado.

Vi è, p. es., un singolare contrasto tra *microcefali* e *macrocefali*, che completa il loro contrasto fisico. I microcefali, secondo SOLLAIRY, brillano per loquacità sconnessa, qualche volta per lampi d'arguzia; la loro fisionomia è nichilo, sorridente, maliziosa; sono capaci di furberia, ma anche d'atti grossolani e brutali; e vanno soggetti a cambiamenti improvvisi d'umore, come gli epilettici o gli isterici. Al contrario, gli *macrocefali* sono

apatici, letiti, bradilabici, taciturni e sembrano sempre come assottiti; non sono né affettuosi, né malvagi; non hanno accessi di collera; ordinariamente sono muti, timidi, poco impressionabili, punto curiosi; si trascinano poco, non ridono mai e si dimostrano indifferenti agli stimoli dei sensi.

Gli imbecilli si modellano dal più al meno sul tipo dei microcefali; gli idioti su quello degli idrocefali. Strano a dirsi: anche in queste simili categorie di arretrati la semi-incapacità, come tra i normali la media ignoranza, è più dantesca dell'incapacità assoluta. Gli imbecilli, benché meno arretrati degli idioti, sono recalcitranti, presuntuosi, bugiardi, spietati, volubili, e perciò poco educabili; gli idioti, per quanto ad un livello più basso, anzi appunto per questo, sono (sempre secondo SOLLER) menti vuote, prive di virtù e di vizi, e quindi plastiche, suggestionabili, docili, persino educabili; per lo meno conservano la memoria, l'abitudine e il gusto di ciò che hanno a gran fatica imparato. Di più, gli idioti sono in tutto dei maschi, come gli idrocefali; gli imbecilli non sono che degenerati, ma di primo grado, come i microcefali classici o per agenesi.

Evidentemente SOLLER era sul punto di disegnare in modo magistrale il quadro dei sintomi psichici che dovrebbe contraddistinguere clinicamente i cerebropatici di fronte agli altri arretrati dell'intelligenza. Ma gli sfuggì una circostanza: i suoi idioti non sono affetti, com'egli crede, da una malattia qualunque o, meno che mai, da una forma grave, complicata e predestinata di degenerazione ereditaria. Essi non sono lavoro che lo viene del caso, d'una cerebropatia acquisita. I suoi imbecilli, al contrario, stanno perfettamente al loro posto tra i degenerati ereditari; ma vi restano come gli ultimi e i soli rappresentanti gemini della degenerazione nella famiglia clinica degli arretrati. Se SOLLER non riconosce questa differenza tra le due classi di arretrati, ciò gli è derivato dall'aver intrapreso il suo confronto prescindendo dal questo anatomico-patologico. I reperti necroscopici illuminano la patogenesi delle cerebropatie e lo spostano, per la massima parte, tra le malattie acquisite ed occidentali, dove l'eredità non dimostra alcuna influenza.

Per SOLLER la degenerazione ereditaria è dunque il cattivo genio o l'agente segreto dell'arresto psichico tanto negli idioti come negli imbecilli; ma, giunta all'estremo grado dell'abbinimento, essa prende l'aspetto d'una vera malattia; e con la forma di coordinare e d'agire, toglie anche la capacità di ragionare, di ribellarsi, di muovere. L'idiotia, dice SOLLER, è un malato (e va bene), un extra-sociale (e va ancor bene); l'imbecillità è un degenerato semplice, un auto-sociale, come il pazzoide o il delinquente. Per compiere il parallelo, basterà aggiungere che la ma-

luna dell'idiotia è acquisita, anche se s'inizia nella vita fetale, o che non vi è quindi bisogno di cercarne l'origine nella degenerazione fetale e problematica d'una stirpe.

Posta su questa base, la distinzione, e diciamo pure l'antitesi psicologica, così felicemente invocata da SOULIER tra imbecilli ed idioti, riprende tutto il suo vigore; ed anzi è avvalorata dall'antitesi tra le due patogenesi. Non si tratta semplicemente di distinguere due categorie d'artrati disposti a livelli diversi, e sia pure con apparente nomi diversi, sulla linea della degenerazione; ma da un lato si hanno imbecilli più o meno gravi per ragione ereditaria, di solito poco discosti dalla normalità ed esenti da tare cerebropatiche; dall'altra si hanno in maggior numero idioti per cerebropatia acquisita, in generale più sprovveduti d'intelligenza, ma liberi salvo eccezioni da tare ereditarie.

I casi di *cerebropatia focale* che ci furono segnalati da BECHTAU nel 1894 e da CATALANESCA nel 1895 non infirmano questo modo di vedere, sia perchè potrebbero costituire una varietà, del resto esigua, nell'etiologia delle cerebropatie infantili, sia perchè potrebbero attribuirsi con probabilità ad una causa esterna e casuale, per esempio ad un'infezione che abbia agito su individui concipienti, quasi coetanei e quindi egualmente esposti a schizofrenia. Infatti in molti casi di obesa fissazione si trovano riposti non solo i difetti d'intelligenza e la macrocefalia, che potrebbero passare per una semplice anomalia antropologica, ma anche alterazioni motorie e trofiche che costantemente rappresentano i residui di un vero processo melenoso (fig. 96 e fig. 97).

Tuttavia il concetto di un'idiotia acquisita non è molto accreditato tra i psicologi ed ancor meno tra gli alienisti, sempre infatuati nella sterile teoria delle degenerazioni psichiche. Il solo FURST, seguito con qualche riserva da DE SASSETI e da PRELIZZI, sembra accostarsi a questa concezione. Invece LUCACS ritiene che una buona parte dei soggetti cerebropatici sia d'origine ereditaria, e li gratifica di tutte le accuse che si vogliono allungare ai degenerati: irrequietezza, variabilità d'animo, impulsività, invagità. Le stesse stime assegna BRIDGES all'epilepsia infantile in particolare, e SUTHERLAND alla polimaculite acuta. Con maggiore circospezione, KRAFFT-EBING riporta alcuni casi di obesa scroale, che noi diremmo d'ossessione costituzionale, ed erano dovuti a traumi del capo. Ma è evidente che la degenerazione, quando è prodotta da un trauma, è troppo strettamente legata ad una causa esterna per serbare la minima analogia con l'eredità neuropatica.

I sintomi psicologici finora utilizzati da MARELLI non tanto per segnalare clinicamente i casi di cerebropatia, nè per metterli in opposizione con quelli d'imbecillità ereditaria, quanto piuttosto per sudli-

viteri: i quadri rinchiusi nel campo stesso delle cerebropatie. Così egli distingue:

- 1.° cerebropatie con predominio della deficienza intellettuale;
- 2.° cerebropatie con prevalenza di disturbi affettivi e volitivi.

Questo secondo gruppo di cerebropatie psichiche va a mescolarsi facilmente, almeno dal lato clinico, con quello dell'imbecillità ereditaria, perchè si comparscono i perverti-



Fig. 36. — Pervertimento ideale con microcefalia, grande apatia e altre agnosie della coscienza. — Di una famiglia portata per la prima volta nel 1847. (J. GOSWELL)



Fig. 37. — Cerebropatia ideale con glutei non sensibili. — Evoluzione della microcefalia precedente.

menti del senso morale, gli impulsi e le altre manifestazioni morbose degli istincti senza lesione cerebrale. Anche il primo gruppo di cerebropatie psichiche non si distacca affatto dalle forme volgari d'imbecillità senza lesione, perchè Morel, nel 1887 pretendeva d'aver riscontrato in tutti i cerebropatici intelli presunti la paranoia e la paralisi progressiva.

Altre osservazioni di psicosi sviluppatesi ad età inoltrata in cerebroplegici dell'infanzia furono pubblicate negli ultimi anni. Nel 1900 SCHERRER riferì il caso d'una donna arretrata d'intelligenza che presentò accessi periodici di depressione e d'eccitamento, ossia una vera psicosi circolare; e all'autopsia si scopersero una porocellulite.

Le osservazioni contrarie al dualismo clinico tra cerebropatie e idiozie ereditarie si possono dividere in due gruppi. Alcune riconoscono o trascurano l'esistenza dell'idiozia acquisita; altre la ammettono, ma anche dietro l'idiozia acquisita si continuano a vedere il fantasma della degenerazione che le affratella alle forme ereditarie. Ora, è facile dimostrare che le cerebropatie infantili, benché si affermino soprattutto con l'impedimento del progresso psichico, producono, come tutte le malattie accidentali e croniche, anche un vero regresso delle funzioni intellettuali. Spesso il linguaggio dei fanciulli che diverranno idioti è già in corso di sviluppo, quando sopravviene il processo cerebropatico a spingerlo un'altra volta nella fase della prima infanzia. Oppure è la memoria che pareva normale, o che si allevolse rapidamente. Secondo WEILLINGER e WACHSMUTH vi è nei cerebroplegici un decadimento intellettuale, che in generale tende presto a raggiungere la fase stazionaria; ma l'idiozia da meningoencefalite e la idiozia amaroica di SATO sono caratterizzate dall'irreversibile e completo sfacelo dell'intelligenza. A questo risultato contribuisce anche un epilimboismo prettamente acquisito della cerebropatia, cioè l'accesso convulsivo, che conduce i malati ad uno stato di vera demenza. L'idiozia acquisita è dunque in molti casi una demenza defensiva, perchè disorganizza un'intelligenza che, senza il suo intervento, si sarebbe sciupata in modo normale, completo e senza arretramento, né regresso. Nulla di tutto questo si osserva nelle *idioties ereditarie*, che non costituiscono una vera malattia e che perciò non chiamiamo col nome di *gradi intellettuali* o di *instabilità costituzionale*.

L'idiozia acquisita non comprende soltanto i casi di profonda deficienza intellettuale, ma, sebbene tenda di preferenza alle forme più gravi, può assumere tutte le sfumature d'intensità fino a svanire nel nulla. In generale il colmo dell'idiozia s'incontra fra i *déplétés*, fatta eccezione per la sindrome di LITTLE che, secondo VAN GUERICKE e BISSAU, non è mai complicata da disturbi dell'intelligenza ed anzi, come vedremo, non sarebbe neppure una cerebropatia, ma una malattia spinale. Secondo l'autorevole testimonianza di FAZIO, l'idiozia più completa è quella che si osserva nei casi di *epilepsie doppie*. Il solo BOURNEVILLE sostiene che vi sia una proporzionalità fra la paralisi e il grado di deficienza intellettuale, ciò che si potrebbe negare a priori come inverosimile e che anche a posteriori è contraddetto dall'esperienza.

Stando alla statistica delle cerebropatie, come fu raccolta da FERNET e da altri neurologi, solo una minoranza di cerebropatici con paralisi, ossia di veri cerebroplegici, presenta scarsità d'intelligenza. Se ai veri cerebroplegici si aggiungono i cerebroplegici frusti, cioè i cerebropatici con semplici disturbi motori, la proporzione degli idioti è sempre inferiore al 50 per cento. Se invece si allarga il concetto della cerebropatia anche



Fig. 91. — Microcefalo trattenuto cerebroplegia con paralisi e movimenti abili di rotazione. — Da una fotografia conservata a Torino per lavoro del prof. A. Manno.

Queste tre forme di cerebropatia, fatta eccezione dei casi in cui l'intelligenza è integra, costituiscono l'idiozia acquisita. L'uso di questa parola non implica una designazione di quantità o di grado. Benché tra i cerebropatici prevalgano le forme più gravi d'insufficienza mentale, non mancano, come abbiamo veduto, le forme d'insufficienza appena avvertibili. Ora l'idiozia acquisita si contrappone, sia sotto l'aspetto dell'anatomia patologica, sia sotto quello della patogenesi, all'idiotia o gradualità dell'intelligenza nel suo senso tradizionale, cioè di un'anomalia evolutiva o degenerativa.

all'indizio d'ogni manifestazione motoria» si ammettono le cerebropatie puramente psichiche, si vede che le idiozie cerebropatiche senza paralisi sono forse non meno frequenti delle cerebroplegie vere o fruste, senza idiozia.

Riassumendo, si possono considerare le cerebropatie infantili come divise in tre gruppi:

1.^a Cerebropatia con paralisi: *cerebroplegie vere*.

2.^a Cerebropatia aporetiche non minori, ma caratterizzate da disturbi delle funzioni motorie e trofiche: *cerebroplegie fruste* (fig. 98 e fig. 99).

3.^a Cerebropatie con semplice deficienza o regresso delle funzioni intellettuali: *cerebroplegie psichiche*.

L'immondismo tra questi due gruppi d'insufficienza mentali, che fanno in comune l'infantilità delle loro prime manifestazioni e, ment'altro, si conferma fino ad un certo punto anche clinicamente. Tra gli arretrati per cerebropatia e gli arretrati per lacerazione od alterazione spontanea dell'ingenuo evolutivo vi sono differenze somatiche e psicologiche, che rendono talvolta possibile una diagnosi differenziale indipendentemente dall'esame dei sensi e dalla presenza di alterazioni motorie.

Nel cerebropatico potremmo mancare le paralisi e le altre caratteristiche che descrivremmo tra le alterazioni dell'attività motrice, ma sarà ben difficile che non si osservi *esagerazione dei riflessi tendinei o irregolarità sensoriali od avvertenza facciale o infondata* (fig. 100). Queste anomalie od imperfezioni non sono d'origine evolutiva, ma rappresentano i reliquati d'un processo motorio. Molti tra gli arretrati sono epiletici; e quando l'insufficienza mentale si associa fin dall'infanzia con l'epilessia, si può aggiungere non'altro che essi abbiano per causa comune una *cerebropatia* (SERRA).



Fig. 99. — Lo stesso individuo della fig. 98.

Nel punto di vista mentale i cerebropatici presentano, più che altro, caratteri negativi o di *deficienza*: *stafettività, anidismo, idalia, imitività*. I loro impeti, le loro collere, i loro reati hanno un'origine più viscerale o riflessa o istintiva che psichica: sono fenomeni irritativi a cui la volontà, la memoria, la coscienza non portano, si può dire, alcun contributo. All'attacco di qualche reazione vivace, che non dice nulla sul loro carattere morale ed a cui sfugge, del resto, la maggioranza di questi malati, regna tra i cerebropatici una profonda apatia. L'apatia è favorita da un certo grado di *lentitrofico* e, insieme alle iniziative felici, lascia senz'alimento anche gli istinti maligni. D'altra parte la *girosi*, per poco che si estenda, rende *virtualmente microcefali* tutti i cerebropatici, e l'arresto del perfezionamento autonomo negli elementi attivi del pensiero accresce il danno della loro *scarsa* numerica. All'esercizio militante dell'intelligenza concorre un numero di cellule inferiore al normale e per giunta male armato di *desoliti*. Nel *tattito* da un organismo *moschino*, poco stimolato da bisogni passionali: l'ideazione è scarsa, lenta, e non ha occasioni, né potere d'irrobustire.

In tanta miseria di patrimonio intellettuale, in tanta sterilità di dinamismo affettivo sono rari i talenti parziali, poco notevoli gli episodi incoerenti di psicosi acute, impossibili i deliri paranoici, che richiederebbero qualche sforzo di coordinazione originale e una passione ispiratrice. Questo deserto di sintomi positivi contrasta con la psicologia abbastanza ricca che incontreremo negli imbecilli di senso.

A sua volta, il decorso dei processi «cerebropatici» per quanto scabioso, presenta vicende cliniche, certo all'infuori dalla psicologia, che si concluderebbero invano nell'evoluzione graduale dell'imbacillità gentilezza. Se anche non si riesce a determinare la causa di malattia che ha agito direttamente sul bambino, sul feto o sulla

madre gestante, come sarebbero l'asfissia del parto, un trauma, lo shock psichico, l'eredità infida, avviene abbastanza spesso di poter rilevare che i primi sintomi compaiono all'improvviso, con febbre, delirio o convulsioni. Così il decorso ha ordinariamente un inizio acuto a cui tien dietro una fase cronica. E in questa fase cronica si ha un lento regresso del male: ma qualche volta anche una *decompensazione* di tutti i sintomi, da cui il «cerebropatico» esce migliorato e quasi guarito. Al miglioramento ed alla scomparsa dell'epilessia,



Fig. 108. — Imbecillità con alcune cerebropatie (malattia di Agrippa). — *Anna Maria Tassinari, 1884-1885.*

ALTERAZIONI NOTORI. — Le cerebropatie propriamente dette o «cerebropatie con parali» possono presentarsi sotto le due forme classiche di *emiplegia* o *aliplegia*, oppure in veste frusta con certi fenomeni minori che vogliono complicare le cerebropatie propriamente dette: epilessia, ipertonìa, spasmi, strabismo, esagerazione dei riflessi tendinei. Questi casi di *cerebropatie fruste* ed *abortive* costituiscono il termine di passaggio alle cerebropatie puramente psichiche (Korosa); e così le cerebropatie infantili vengono a formare una sola famiglia, in cui i tipi estremi sono rappresentati dalle cerebropatie con intelligenza normale e dalle idiozie acquisite senza complicazioni motorie. Tra le une e le altre s'interpongono:

1.^a Le *cerebropatie classiche con imbecillimento psichico* di vario grado;

2.^a i casi caratterizzati da *slapasti* e *porrapasti*;

3.^a le idiozie con complicazioni motorie (FREUD, KROGG, WACHSMUTH).

Emiplegia. — È la forma da maggior tempo conosciuta di cerebropatia infantile e la meglio descritta nei trattati di neuropatologia, per cui basterà accennare ai suoi tratti principali. L'emiplegia infantile è quasi sempre postnatale, e perciò dà modo di osservare un periodo prodromico di grave indolenzimento e più o meno lungo con *febbre*, *convulsioni*, *contratture* e così via. L'incapacità al movimento della metà colpita può manifestarsi ad un tratto od anche gradatamente. È distribuita, come nelle emiplegie dell'adulto, ai muscoli innervati dal facciale, a quelli del braccio e della gamba. La paralisi è flaccida sul principio, ma diventa ben presto spastica, accompagnandosi con esagerazione dei riflessi tendinei. Con l'andare del tempo la masticazione degli arti paralizzati ed anche quella della bocca si atrofizza. Le estremità assumono atteggiamenti viziosi. Le ossa del braccio, della gamba e talvolta di tutto il lato emiplegico si arrestano nel loro sviluppo (fig. 101). Si è osservato qualche caso di *emiatrofia totale* senza fenomeni paralitici. Spesso vi è *microcefalia*; spesso *anidrosi* del cranio.

Per lo più la paralisi è permanente; ma può attenuarsi anche fino alla scomparsa. In mano in mano che la paralisi si attenua entrano in scena altri disordini motori:

convulsioni, *atalessi*, *evulsioni*, *epilessie*. La successione e le vicende di queste complicazioni tardive sono assai varie. Nei casi tipici si distinguono tre stadi: lo stadio paralitico, quello dell'*evulsione* o dell'*atalessia*, e lo stadio epilettico. Ma la corea può manifestarsi contemporaneamente alla paralisi; o si presenta come sintomo primitivo in luogo della paralisi, che manca: *parea coreica* di FREUD e RAC. Si conoscono casi di *evulsione* non preceduta da emiplegia (LAWAC). Anche l'*epilessia* può comparire precocemente, mentre la paralisi scompare; e in tal caso i malati, se si ignora la loro malattia, fanno la figura di epilettici gemini.



Fig. 101. — Emiplegia infantile destra: atrofia dell'arto superiore ed inferiore; piede variegato. Intelligenza e sviluppo somatico allo stato infantile senza perturbazioni con variazioni nella ed allertano.

Con la nascita, gli emiplegici, possedendo un emisfero integro, offrono il maggior contingente alla cerebropatia infantile senza indebolimento mentale.

Diplegie. — Le diverse varietà di diplegia sono state riunite da FERTU in un gruppo clinico a sé. Se ne distinguono vari tipi:

- 1.^a la rigidità generalizzata (malattia di Little in senso stretto);
- 2.^a la rigidità paraplegica, che corrisponde alla paralisi spastica spastica o talo spastica;
- 3.^a la vera paralisi paraplegica o paraplegia spastica;
- 4.^a l'emiplegia bilaterale (o diplegia totale);
- 5.^a la corea generalizzata;
- 6.^a l'atrosi doppia.

Tra questi tipi fondamentali FERTU ammette numerose forme di passaggio o miste. Egli considera la malattia di Little non già come un'affezione speciale, ma come una sindrome, che non differisce dalle altre sindromi o forme diplegiche né clinicamente, né etiologicamente. Quest'opinione è condivisa da SALUS, RAYMOND, DEJANET, COETAN ed altri; è combattuta da MARIE, BESSAUD, VAN GEUCHTES, i quali sostengono che la malattia di Little appartiene alla patologia del modello « epilettico » e si stacca nettamente dal gruppo delle diplegie cerebrali.

La divergenza non si limita alla posizione neurologica della malattia di LITTLE, ma tocca anche la delimitazione del suo quadro morboso, l'etiologia, il decorso, la presenza ed assenza di complicanze cerebrali e soprattutto psichiche; tanto che alcuni clinici, per evitare confusioni, vorrebbero che di questa malattia fosse bandito anche il nome. Gli autori che seguono FERTU non riconoscono per malattia di Little che la sindrome: rigidità spasmodica bilaterale senza paralisi. Gli altri invece, fra cui BESSAUD e MURATOW, considerano come casi tipici quelli in cui alla contrattura s'associa la paraplegia. Circa alle cause, vi è chi ne accenna, con BESSAUD e VAN GEUCHTES, il parto *prematuro*; e chi al parto *distocico* (asfissia) con lo stesso LITTLE. Dai più l'affezione si considera come *congenita*, perché la rigidità caratteristica appartiene fin dalla nascita; ma non mancano esempi di rigidità bilaterale che si manifestano più tardi. Per FERNET anche la malattia di Little è un'affezione *parassitica*.

Un'opinione intermedia, perché in certo modo concilia la tendenza separatista con la tendenza unitaria, venne formulata da DEJANET nel suo « Trattato di semeiologia nervosa ». La sindrome di Little, dal punto di vista sintomatico, si può dividere in due grandi varietà a seconda dell'andamento *decreso* o *stationario* della malattia. Nella prima categoria

vanno inclusi i casi dovuti a lesioni *locali* della corteccia cerebrale, provocate da traumi durante il parto; e i malati non presentano paralisi, ma solo «contratture»: «sono degli spasmodici, non dei paralitici», intelligenti, immuni da epilessia, facili a migliorare, con qualche rallentamento nello sviluppo anatomico dei fasci piramidali e nessun'altra complicazione spando. Nella seconda categoria, che DIZENHAU chiama *cerebro-spinale*, rientrano i casi con lesioni grossolane di ambedue gli emisferi cerebrali, e si riscontra una vera paralisi predominante agli arti inferiori, contrattura, arresto generale dello sviluppo, disordine mentale, nessuna tendenza al miglioramento e spesso anche epilessia. In uno di questi casi DIZENHAU riscontrò una lesione primitiva del midollo spinale. Le forme cerebro-spinali di diplegia si collegano con le cerebrali e guardali per mezzo di varietà intermedie: *diparesi* e *paraparesi* che, secondo KÜHN, rappresentano le forme più faste di cerebroplegia infantile.

Volendo analizzare più da vicino i sintomi delle varie forme diplegiche e le loro differenze, ecco ciò che si può concludere.

1.^a *Contrattura generalizzata*. — Ciò che caratterizza questa forma clinica, oltre alla rigidità muscolare, è la prevalenza dell'affezione agli arti inferiori. Il bambino si mantiene immobile o si agita a gambe tese come se fosse tutto d'un pezzo; oppone resistenza ai movimenti, specialmente a quello d'abduzione delle cosce; non può stare nè in piedi, nè seduto; se vien sollevato in aria, le sue cosce si accavalcano in modo caratteristico. Si ha molto spesso il *poode equinovare* in modo pronunzialissimo (fig. 36). Lo stato di rigidità dura quasi sempre dalla nascita. Le *convulsioni* scoppiano o subito o nei primi giorni, ma non si ripetono nel corso della vita. La malattia si radollesce col tempo: tuttavia persiste sempre qualche traccia di rigidità nelle gambe.

2.^a *Contrattura paraplegica*. — Differisce dal quadro precedente per la integrità funzionale delle braccia.

3.^a *Paralisi paraplegica o paraplegia spastica*. — È rara: alla rigidità muscolare delle gambe si aggiunge una grave paralisi dei movimenti con atrofia.

4.^a *Emiplegia bilaterale spastica*. — La sintomatologia di questa forma è più complessa di quella che presenterebbe un'emiplegia destra sommandosi con un'emiplegia sinistra, perchè la paralisi, oltre ad essere più grave negli arti, si estende ai muscoli che stanno sotto la dipendenza dei *neri cerebrali*, ai muscoli della nuca ed a quelli del dorso. Può darsi tuttavia che sia più accentratata in una delle due metà del corpo. È in questa forma che si osservano, secondo FULTON, i gradi più profondi d'idiotia.

5.^a *Corea generalizzata*. — Tipo ancora poco studiato e mai delimitato dalle altre forme di corea. Ne fa menzione LARUE, che l'aveva giustamente

mente interpretata; ma poi questa sindrome fu dimenticata. Riprese il suo posto fra le cerebroplegie frusto per opera di ARNAV che distinse due varietà di corea generalizzata: nell'una l'elemento coreico è associato all'elemento spastico, nell'altra è solo. La corea comune di Sydenham guarda su muscoli piuttosto flaccidi.

6.ª *Afetosi laterale*. — Corrisponde clinicamente ad un riaddeppamento dell'*emiparesi coreica* descritta da PUTIN e RIT ed essente di OTRUON. Ma vi si mescolano fenomeni spastici che mancano nell'emiparesi o non sono così accentuati. L'afetosi laterale può sorgere primitivamente o subentrare ad una emiplegia doppia, come avviene dell'emiparesi in rapporto con l'emiparesi postemiplegica. Si osserva allora anche l'*iperreflessa muscolare*, analoga all'*emi-iperreflessa* dell'emiparesi; inoltre vi sono deformazioni rachitiche, scoliosi, lordosi o cifosi (AUBAY). Soprattutto nella forma congenita l'intelligenza è assai compromessa. Nel 25 per cento dei casi cura la funzionalità mentale è rispettata. La malattia è stazionaria (DUCROUX).

La posizione nosologica dell'afetosi doppia è soggetta alle stesse disparità d'opinioni che furono prese in esame a proposito della malattia di Little. Alcuni la considerano come un'entità morbosa, altri come una sindrome che tradisce clinicamente l'irritazione primitiva del fascio piramidale (DUCROUX).

Complicazioni cerebrali comuni alle forme emiplegiche o diplegiche. — A) *Disturbi oculari*. — Le paralisi dei muscoli oculari esterni sono rarissime nell'emiplegia (KROSTAK). Nelle forme diplegiche invece è frequente lo strabismo (secondo PUTIN circa il 3) per cento dei casi, e più spesso è convergente. Alcuni cerebroplegici presentano *regole pupillari alla luce unilaterale o bilaterale*. OTRUON la spiega come un'anomalia dello sviluppo o come un effetto di lesioni nel nucleo dell'oculomotore; KROSTAK come un segno di affezione ereditaria. Lo stesso KROSTAK ha osservato in un caso il fenomeno della miopia saltante (*springende mydriasis*) che finora era stato avvertito nella tale.

Nei diplegici è frequente il *coloboma*, che, secondo MURROW, può dipendere da emorragie nucleari del III paio.

L'*atrofia del terzo ottico* è una complicazione comune a tutte le forme di cerebropatia. L'*anemopia ottica*, osservata per la prima volta da PUTIN, e che ricompare tra i pochi sistemi sensoriali, è invece rara e transitoria.

B) *Disturbi del linguaggio*. — Sono frequenti, soprattutto nei diplegici e diplegici disartici che determinano una caratteristica *arabesca*. I cerebroplegici dell'infanzia parlano con *pronuncia venadente*, talvolta *ditonale*. Spesso la prima sillaba d'una parola è bischiante. Nei coreici la favella è

gravemente disturbata se sono interessati i movimenti della lingua e della laringe.

L'afasia isolata per lesione a focolaio della circonvoluzione di Broca non è rara nell'infanzia, soprattutto quando vi è emiplegia; ma facilmente migliora per l'organizzarsi della funzione in altre parti del cervello. E così l'afasia non porta altra conseguenza che il ritardo nella formazione del linguaggio articolato. A questa circostanza si deve forse l'opinione di Botasvitz e di Corran che nei cerebropatici non vi sia mai afasia, neppure quando esista sclerosi diffusa e vi sia coinvolta la terza circonvoluzione frontale di sinistra.

C. *Disturbi della nutrizione*. — Sono soprattutto i diplegici che si distinguono per la fisionomia rigida, immobile, quasi ansiosa, che imprime loro un'apparenza di stupore, talvolta non corrispondente allo stato della loro intelligenza. In questi malati sono frequenti anche le diatesi o perversioni, per cui nei momenti d'emozione patiscono con una specie di singhiozzo (Farré). Queste alterazioni mimiche sono la conseguenza di contratture, di movimenti atetici od atetoidi, di spasmi talvolta unilaterali: *emiplegismo laterale intermittente, de labiale di Duret*. Nelle forme d'alcuna gravi si osservano spesso gli atteggiamenti ed i movimenti automatici, per esempio quello d'inchino in posizione seduta, accompagnati o no da mosse espiratorie.

D. *Epilessia*. — Di tutte le complicazioni delle cerebropatie in genere l'epilessia è senza dubbio la più importante. Essa si verifica con la stessa frequenza nell'emiplegia e nella diplegia, salvo la malattia di Little in senso stretto, che ne va esente; e non è rara nelle idiozie aparetiche. Se la cerebropatia è postnatale, passa un certo tempo fra la comparsa della paralisi e l'insorgere dell'epilessia. Questo intervallo è di durata variabilissima: da poche settimane ad una serie d'anni; e talvolta manca. In qualche caso LUXAS ha visto l'epilessia svilupparsi gradatamente dall'eccepsiola iniziale.

Si potrebbe che esistano differenze tra l'epilessia dei cerebropatici e l'epilessia genuina. L'attacco è quasi sempre preceduto da un'aura ed è raro l'attacco repentino. Il malato, se emiplegico, cade spesso sul lato paralizzato. Per lo più mancano il grido iniziale, l'emissione involontaria dell'urina, la morsicatura della lingua; è rara la sclerina sanguigna. Gli accessi leggeri non sono accompagnati da perdita della coscienza. Lo sterco manca od è levissimo; e il termine dell'attacco è brusco senza alcun seguito di coma o di delirio. Ma secondo il parere di LUXAS, l'epilessia delle cerebropatie infantili non si distingue in nulla da tutte le altre, anzi può persino assumere la forma degli *equivalenti psichici* e delle *simptomatiche*. Quanto poi ad eventuali diversità della convulsione tra co-

retroptegici e idioti senza paralisi, Kössio afferma che non ve n'è alcuna.

Per lo più gli attacchi convulsivi dei cerebropatici sono di tipo jacksoniano e si seguono ad intervalli non troppo liti. Con l'andar del tempo si generalizzano e rassomigliano sempre più all'epilessia ordinaria, ma le crisi sono meno complete e meno incoercibili. La mancanza di equivalenti psichici, salvo le eccezioni registrate da LUKACS, è quasi una regola, e FERNÉ l'ha elevata alla dignità d'un carattere differenziale.

L'epilessia è il sintomo che concorre più efficacemente a vivificare la fase cronica delle cerebropatie: essa le comunica delle rigende o un decorso. Il più delle volte le convulsioni vanno diramandosi con l'andar del tempo, specialmente negli emiplegici, e finiscono col cessare. Ciò accade spesso fra il 40.^o e il 50.^o anno d'età (BOUSSYVILLE). Nei diplegici l'epilessia è più ostinata. Ma in certe cerebropatie dove le lesioni sono molto disseminate o molto vaste, essa assume addirittura un andamento progressivo. La meningio-sclerosi e la sclerosi tubercolare espongono i malati a gravi insulti convulsivi che peggiorano con gli anni. Ed anzi i fenomeni paralitici finiscono col passare in seconda linea per il predominio dell'epilessia. Scappiamo gli accessi in serie: si possono avere fin cento accessi in un giorno. Lo status epilepticus è causa non infrequente di morte.

Un fatto da notare, benché contrastato da BOUSSYVILLE, è questo: che la gravità dell'epilessia non è affatto in rapporto con quella dei fenomeni paralitici. L'epilessia può presentarsi come l'unico sintomo d'una lesione a focolaio. Secondo PIAZZI, che considera la sclerosi tubercolare come una cerebropatia endogena per tipo di sede della corteccia, e che perciò la colloca fra le malattie ereditarie, attribuisce un'origine ereditaria anche all'accesso epilettico di questi malati, ma è più ovvio considerare l'epilessia come un fenomeno di reazione a cause irritative.

ALTERAZIONI SENSORIALI. — Nel campo della sensibilità si hanno sintomi assai più scarsi, più oscuri e più controversi di quelli che si osservano nel dominio delle funzioni motorie. Sotto questo aspetto è dubbio se esistano cerebropatie puramente sensoriali. È certo peraltro che esistono forme miste, in cui i processi morbosi si localizzano alle regioni sensitive e psichiche, risparmiando le motorie. In mancanza di sintomi motori, le complicazioni sensoriali vengono a corrobore la diagnosi di cerebropatia infantile quando l'idea potrebbe altrimenti scambiarsi per un'aplasia evolutiva o per una degenerazione ereditaria.

Tra le alterazioni sensoriali è piuttosto rara l'entropopsia ologama, osservata per la prima volta da FURZ. Pare anche che sia transitoria, ciò che indicherebbe una lesione localizzata fuori dai centri della visione, ma non lontana. Meno rara, ma in generale egualmente transitoria è la

sordità totale. È probabile che, rendendosi cronici, essa arresti il cerebropatico nel tirocinio della parola o lo renda addirittura impossibile. Nelle cerebropatie prenatali si osservarono casi di sordomutismo; e tra le forme postnatali si notano esempi di sordismo congenito senza sordità, che forse si devono appunto a precoci lesioni della prima circonvoluzione temporale, sebbene in proposito non si conosca ancora alcuna autopsia.

C U R A.

Tuttandosi di processi che ledono profondamente il cervello, che compromettono lo sviluppo di elementi specifici ed insostituibili, che ne distruggono una parte o che arrestano o deviano l'accrescimento di tutto l'organismo, è ovvio che l'intervento del medico non può spiegarsi con efficacia. Si combattono male o per lo meno con armi inadeguate i processi mortali in atto; si combattono peggio i loro reliquiati.

Tuttavia la terapia può prefiggersi un compito non inutile, per quanto modesto. In primo luogo si cercherà di domare i sintomi irritanti, specialmente l'epilessia, che esercita un'influenza così perniciosa sul decorso delle cerebropatie in fase cronica. In secondo luogo, con un'opportuna igiene, bisognerà sopperire alle deficienze funzionali dell'intero organismo che in molti casi rendono difficile la vita. Questi infermi, abbandonati a sé stessi, sono spesso incapaci non solo di camminare e di esprimersi, ma anche di alimentarsi. Bisogna intervenire i loro bisogni, prevenirli e soddisfarli razionalmente.

Ma il compito più delicato e più speciale sarà quello di trarre il miglior partito possibile dalle funzioni superstiti. Nel campo dei movimenti l'eletticità, il massaggio, la ginnastica possono promuovere il trionfo di muscoli parziali o che, comunque, tendano all'atrofia. Si possono correggere le deformità degli arti con mezzi ortopedici e chirurgici. La tenotomia e i trapianti tendinei danno vantaggi considerevoli, restituendo, principalmente agli arti inferiori, una funzionalità fino allora inattiva. Nel campo psichico l'educazione ha tanto maggior agio di esplicarsi quanto meno è grave la mutilazione funzionale. La parola è la funzione che l'educatore può coltivare con maggior successo.

La massima parte dei tarlivi non sono che cerebropatici di grado leggero e più o meno guariti, ma che per le mutilazioni subite non sono in grado di perfezionarsi spontaneamente, né con gli ordinari mezzi didattici. L'educazione dei tarlivi è un tentativo doveroso e che difficilmente rimane sterile.

Data la varietà sistematologica delle cerebropatie e la diversa inten-

sità dei processi, si comprende facilmente che l'educazione dev'essere strettamente individuale. L'educatore è costretto il più delle volte non soltanto ad applicare, ma addirittura a creare un programma. A ciò è necessaria una larga esperienza e il possesso di mezzi, che elevano l'educazione degli idioti e dei tardivi al grado d'una vera specialità pedagogica. Il miglior modo di favorire il progresso e di rendere possibile l'esercizio di tale specialità è quello di organizzarla in appositi istituti, che offrano ai deficienti un ambiente di agevolanze e che permettano alle famiglie di rientrare nella normalità delleitudini domestiche. Lo spettacolo d'un idiota deficiente non è un elemento fastidioso all'educazione di fratelli sani.

La conoscenza delle cause che determinano la maggior parte delle cerebropatie, come l'alcolismo dei genitori, la sifilide, la cattiva alimentazione e l'insufficiente assistenza dei neonati, dimostra la possibilità e la necessità d'una profilassi sociale, anche in vista dell'aggravio che i cerebropatici portano al bilancio della beneficenza pubblica, senza contare il danno privato. Vi sono in Italia, secondo i calcoli delle statistiche ufficiali, circa 30.000 tra idioti e imbecilli. In questa cifra sono compresi alcuni tra gli imbecilli ereditari, che sono più rari e che sfuggono facilmente ai censimenti; ma la massima parte sono cerebropatici.

CAPITOLO XVI.

Le cerebropatie degli adulti

In questa classe di cerebropatie noi includiamo tutti quei processi morbosi che compromettono in modo grossolano gli elementi nervosi del cervello adulto, sia direttamente, come avviene per traumi al capo o per tumori, sia indirettamente per lesioni collaterali dei tessuti contigui, soprattutto vascolari o meningei, come accade nelle varie forme di arteriosclerosi cerebrale, nelle embolie, nelle trombosi, nelle emorragie cerebrali, nella sifilide cerebrale, nella sclerosi a placche.

In questi ultimi casi vi è una causa generale di malattia che si localizza più specialmente nel cervello, benché all'intuori degli elementi nervosi; ma non è escluso che la stessa causa generale, come danneggiare dal più al tutto anche il resto dell'organismo nei suoi vari tessuti, possa far sentire qualche effetto immediato sugli elementi nervosi della corteccia cerebrale. In ogni modo sono le alterazioni cerebrali che dominano la scena; e tra le cerebrali quelle a focolaio. Così in tutte le cerebropatie degli adulti si ha predominanza di sintomi a focolaio.

S'intende bene che quando le lesioni vascolari siano minute e diffuse il quadro morboso si avvicinerà a quello delle intossicazioni croniche che ledono direttamente gli elementi nervosi. In queste malattie possono intervenire come sintomi accessori gli effetti di lesioni procurate dalla stessa causa generale, ma localizzate in altri organi, come il cuore o i reni.

Le lesioni localizzate del cervello adulto differiscono da quelle che si manifestano nell'infanzia per la loro tendenza a circoscrivere nettamente o quindi a dare i sintomi propri del territorio leso e non altri. Mentre nelle cerebropatie infantili dai punti lesi si dipartono processi di gliosi diffusa che possono invadere anche l'intero cervello, negli adulti la reazione della nevroglia è assai meno intensa e tende piuttosto a porre una barriera tra i territori ammalati e i territori sani.

D'altra parte anche lesioni estremamente localizzate possono provocare

una serie di fenomeni generali, come quando un tumore, influenzando la circolazione cerebrale o la pressione intracranica, esercita un'azione di rivoltello su tutta la corteccia.

La demenza senile.

Il cervello è senza dubbio tra tutti gli organi quello che meno d'ogni altro risente gli effetti dell'età. Oltrepassati i sessant'anni, molti individui scendono nello stato di nutrizione generale, nel potere genetico, nella forza muscolare. Ma questa involuzione progressiva è assai meno evidente e spesso manca del tutto nell'attività intellettuale. Vi è poi una piccola minoranza di vecchi nei quali le attività psichiche mantengono sino al termine della vita o quasi se non la freschezza e la plasticità giovanile, per lo meno la robustezza e l'equilibrio. Anzi, in certi casi, lo spegnersi delle attività istintive, ad impulso, come la funzione sessuale, rimette nella vita psichica le condizioni dell'equilibrio e della serenità obiettiva. Questi vecchi assennati e bonevoli, che forse possono sembrare eccezioni, rappresentano realmente la vera normalità. Sono organismi originariamente sani e robusti, peccatori di lale ereditaria, che hanno avuto la ventura di evitare le malattie più deleterie e di poter vivere in condizioni agiate esercitando armonicamente tutte le attività fisiologiche. La possibilità di questi casi deve farci pensare che la decadenza psichica della senilità, benché comunissima, porti sempre un marchio schiettamente patologico.

L'involuzione senile delle funzioni mentali si manifesta nei casi più miti con la tendenza al sistematismo. L'indebolirsi della percezione e della memoria rende utile al pensiero di trincerarsi in un campo chiuso d'opinioni stereotipate che costituisce come una specie di fortificazione difensiva. Le convinzioni tendono ad organizzarsi in modo coerente, ma semplice e schematico, il pensiero « cristallizza » in forma egocentrica e nella sua unitarietà si rende inaccessibile alle correnti modificatrici. Nel caso più grave appartiene l'indebolimento della memoria, più come incapacità a nuove capitalizzazioni intellettuali che come perdita del patrimonio acquisito. I poteri critici trovano un limite in pochi, ma ostinati preconcetti, il giudizio è spesso in balia delle variazioni emozionali. Si maridisce la sorgente delle percezioni, si impoverisce il tributo dei ricordi, si circoscrive il campo intellettuale. Il sentimento della debolezza scaccia l'egoismo. Più innanzi, i ricordi si fanno incerti o si perdono, specialmente i più recenti; i ricordi della vita passata si contraggono e si immobilizzano in un complesso di aneliti che si riaffermano ad ogni occasione nel pensiero e nel discorso. La decadenza senile si rivela anche nell'incapacità di prender parte con interesse agli avvenimenti impersonali,

Talvolta la rovina non colpisce che l'intelligenza, ma più spesso si hanno svariati perturbamenti dell'affettività che a loro volta imprimono speciali aberrazioni al modo di comprendere e di pensare. Vi può essere un indebolimento con apatia, indifferenza, limitazione egoistica dell'affettività, per cui il vecchio diventa insensibile ai piaceri e ai dolori dei suoi congiunti o non si cura che dei suoi minuti bisogni. Vi può essere un indebolimento con depressione affettiva, tendenza ai piagnistei, al pessimismo, che degenera facilmente in idee di rovina e di persecuzione. Questi ammalati si lagnano di essere poco rispettati, negletti, oltraggiati dai ragazzi; diventano avari ed invadenti. O colono addirittura in un vero perversimento etico: nella cupidigia piú sterile, che li spinge a piccoli furti, a imbrogliare nel gioco, a piccole scroccolerie, a mendicizia piú o meno larvata; nella scurrilità di linguaggio, per denotare l'ilarità degli sciocchi ed ottenerne il plauso mescolato di sprezzo; nell'abbandono delle abitudini di nettezza; nei dispetti che compiono anche con proprio danno; e così diventano resistenze passive ad ogni novità, pur d'esercitare a modo loro qualche influenza ed appagare l'impotente ambizione.

Da questi stati di decadimento alla vera demenza senile vi è una serie continua di gradazioni insensibili, tra cui non è possibile stabilire una netta separazione. È soprattutto il criterio pratico sulla condotta del vecchio o sulla capacità di tolleranza da parte della famiglia che determinerà il trattamento da usarsi. Alcuni di questi vecchi sono nella loro impotenza così prepotenti, che per renderli innocui bisogna segregarli nelle case di salute o sottometterli all'interdizione, cosa tutt'altro che facile. La legge li favorisce in modo singolare: nella sua alchimia giuridica per l'ossabuteadi essa permette che un uomo distrugga la fortuna della famiglia, che sacrifichi gli interessi affidatigli, che la sottometta ad una tirannia irragionevole, purché non sia dimostrata o la prodigalità o una malattia mentale ufficialmente riconosciuta. Ma gli affari rovinosi, le rappresaglie spietate, le severità disumane si sottraggono troppo spesso a queste complicate sanatorie.

Nella demenza senile sono sempre presenti anche i sintomi somatici della vecchiaia. La magrezza soprattutto degli arti e del viso, la debolezza muscolare, l'abbassamento notevole della statura, l'ingrossamento cervico-dorsale della colonna vertebrale, le rughe, la canizie, l'andatura a piccoli passi strascicati. Frequentissimo è il tremore, più accentuato al capo e agli arti superiori: è un tremore che perdura anche allo stato di riposo e che anzi si attenua negli atti volontari, come nella scrittura. Spesso è ampio, simile al parkinsoniano. L'occhio è infossato nell'orbita, sulla cornea si disegna l'arco senile, il cristallino e il vitreo perdono la loro limpidezza, la pupilla ha un aspetto opalescente. Vi è anche muco, o

la capacità aritmetica scema notevolmente. La palpebra superiore tende alla ptosi. L'udito è assai spesso intorbidito, e soggettivamente sono comunissimi i rumori otitici. I riflessi tendinei, ove non siano esagerati per influenza di lesioni cerebrali a focolaio, tendono a indebolirsi; spesso scompare del tutto il riflesso patellare. I riflessi cutanei si indeboliscono o scompaiono del tutto; tra gli altri è di più precoce scomparsa il cremasterico. Il potere sessuale si estingue; tuttavia può di quando in quando presentare inopportuni risvegli con erezioni intempestive o con puro senso saliente di eccitamento sessuale che spinge ad atti di libidine, a tentativi di masturbazione. Comunque sono le manifestazioni dell'arteriosclerosi generalizzata, e spesso il polso è raro e aritmico. Frequenti sono pure i segni di leggera nevrite, tra cui principalissimo il prurito senile.

Ciò nei casi di demenza senile classica, che sono i più comuni, e che si iniziano al di là dei sessant'anni. Ma alla demenza senile debbono anche essere annessi per ragione etiologica e per i loro sintomi non pochi casi di senilità precoce, nei quali predominano i fenomeni cerebrali e psichici mentre i sintomi somatici sono meno numerosi e più lievi. Tra questi, alcuni potrebbero dirsi di senilità cerebrale: anch'essi precoci, anzi i più precoci tra tutti, sono interamente privi di complicazioni somatiche.

Ai fenomeni somatici che abbiamo indicati, e che per la massima parte si presentano anche nella semplice senilità, si debbono aggiungere ancora altri sintomi organici meno costanti, che dipendono da lesioni centrali circoscritte: paresi e paralisi di origine cerebrale; rigidità ed asimmetria pupillare; paresi minime; diarria (questo raro); esaltamento dei riflessi tendinei; edemi delle estremità, ustiole senili e gangrena secca, dovute a disturbi circolatori generali, a lesioni vascolari, a nevriti periferiche.

I sintomi mentali, o, più ampiamente, cerebrali della demenza senile si possono riunire in tre gruppi, ai quali, come vedremo, corrisponde verosimilmente una patogenesi diversa. Vi sono sintomi schiettamente *degenerativi*, stabili e progressivi, inscalfibili di miglioramento. Vi sono sintomi *arcontici*, allucinatori e confusionali, che possono presentarsi episodicamente, subire le più grandi oscillazioni, improntando alla insulazione progressiva periodi di esasperazione e di miglioramento e quindi un decorso tumultuario. Vi sono infine sintomi di *lesione a focolaio*, e di questi alcuni sono passeggeri, altri stabili.

SINTOMI DEGENERATIVI. — Indipendentemente dalle alterazioni periferiche che colpiscono gli organi di senso, nella demenza senile la percezione è intorbidata. Essa si compie con ritardo o in modo incerto ed incompleto anche perché è diminuita la capacità di attenzione attiva e la memoria delle cose percepite è fugace. Se a ciò si aggiunge la debolezza degli organi di senso, si comprende facilmente come questi animali voluti

incontro a frequenti illusioni. È soprattutto nella concentrazione che questo difetto si rileva in modo imponente. Ai vecchi in stato di decadenza non è possibile seguire la conversazione comune, ci essi non intendono o fraintendono. È necessario di fare per essi un'azione semplificata ed abbreviata di ogni ragionamento, anche delle più semplici notizie, come per sordi.

La memoria presenta sempre larghe lacune. Le idee, le nozioni generali sono per lo più abbastanza conservate, ma sono soprattutto i ricordi di avvenimenti concreti che subiscono la massima aggregazione. È nota la legge di dissoluzione della memoria: i ricordi recenti sono i primi a scomparire, i ricordi più lontani della vita, quelli che più a lungo hanno avuto occasione di ripetersi e di imprimerli nella memoria si salvano più a lungo. Gli ammalati ricordano bene gli avvenimenti più importanti della loro infanzia e della loro giovinezza, ma non rammentano ciò che hanno fatto o udito il giorno avanti, un'ora, pochi minuti prima. Un vecchio demente semiciego può discorrendo dimenticare il nome del suo interlocutore e domandarglielo (o) volte in breve tempo. Da questo difetto di memoria scaturisce naturalmente la mancanza di orientazione nel tempo: gli ammalati non sanno il giorno o il mese dell'anno, e sbagliano persino l'annata in corso. Così essi perdono, ed è caratteristico, la nozione della propria età, accusando meno anni del vero e spesso anche a dispetto della più «elementare» verosimiglianza. Se hanno avuto molti figli, li enumerano abbastanza bene le date di nascita dei primi, cadendo invece nelle confusioni più grossolane per gli altri, facendo trasposizioni ed anche totali omissioni, dimenticando i nomi, non sapendo enumerare separatamente i maschi e le femmine. Una grande facilità è momentaneamente dimenticata la morte recente di stretti parenti, di figli, della moglie, del marito.

A parte lo stato di irrequietezza, di malumore o di irriducibilità che si presenta quasi sempre in questi casi, il difetto percettivo e mnemonico provoca direttamente per conto proprio disordine affettivi e convinzioni deliranti. Spesso gli ammalati non sono consapevoli della loro deficienza, persino individui quasi del tutto sordi possono giungere a sostenere di udire benissimo. Per questa loro prosciocenza e per la barriera che li separa dal mondo esterno gli ammalati si credono trascinati e contraddetti a torto, mentre hanno frainteso. Dande nascono querimonie e rievocazioni che risentono il delirio di persecuzione. D'altra parte l'umore è variabile e spesso può essere trascinato passivamente in un senso o nell'altro con suggestioni grossolane: una parola di lusinga all'amor proprio, un richiamo patetico a un ricordo commovente possono provocare le più clamorose manifestazioni affettive, pianti di gioia, singhiozzi di commovente.

Ma non tutti i vecchi sono così fatali nel loro equilibrio affettivo; e ve ne sono di quelli che si dimostrano insensibili fino alla crudeltà.

La condotta di questi ammalati è sempre ispirata al contenuto delirante della loro coscienza; dalla lacuna della memoria, dal disorientamento nel tempo, dalle idee deliranti, dalla incoscienza del proprio stato soggettivo (propositi più stravaganti: gli ammalati sognano matrimoni impossibili, almanaccano affari assurdi); sono disorientati anche negli atti più comuni della vita; e avendo perduta la nozione dell'ora e del calendario, sono infetti alla dissoluzione delle proprie abitudini: si levano di notte, vogliono andar fuori di casa intemperatamente e senza alcuna meta ben precisa. Un vecchio magistrato in pensione, essendosi stabilito a Firenze da poco più di un anno con la famiglia, si ostinava a passeggiar da solo; e parecchie volte gli accadeva di smarrire la strada di casa sua, d'aver dimenticato l'indirizzo e di dover pernottare in un albergo, lasciando nell'apprensione la moglie e i figli. Eppure, all'infuori di questi incidenti, era ancora un uomo saggio, affabile e di piacevole conversazione.

SESTOSSI AMMALATI. — Il disorientamento dei dementi senili, determinato dall'amnesia, è assai spesso aumentato transitoriamente da veri attacchi confusionali. Gli ammalati perdono allora non solo la nozione esatta del tempo, ma cadono nelle più grossolane illusioni circa il luogo in cui si trovano e talvolta persino circa alla propria personalità. Un possidente di 74 anni, sotto la suggestione della moglie che cercava di divertirlo scotomincamente, poté credere per vari giorni di seguito di trovarsi sopra un poscedo in buona compagnia, facendo un viaggio di piacere. È una specie di stato di sogno nel quale gli ammalati passano lunghe ore, giochi folli, e da cui escono poi per recuperare una relativa lucidità. Effettivamente poi questi malati durante la notte o nel frequente assopimento diurno vanno soggetti a sogni frequenti, e le immagini dei sogni, dato il disorientamento e la diminuzione dei poteri critici, si confondono immediatamente coi ricordi della realtà. Tra la realtà un po' voluta della regolare fantasmagoria abituata d'un sonno superficiale non vi è davvero una grandissima differenza; e l'interocarsi continuo di brevi sonni con brevi periodi di veglia aumenta la fusione di scambiarsi i rispettivi ricordi. Così il mondo fantastico dei sogni si inghiotte nella vita reale, e questi ammalati raccontano di aver fatto in breve o in lungo viaggi, di essersi incontrati con persone lontane od anche defunte, di aver subito aggressioni da bande armate, di aver preso parte ad una festa di ballo. Un demente senile, durante l'interrogatorio dei giudici nel processo d'interdizione, descrisse l'arditoso notturno d'una casa di ауто, l'illuminazione dei locali, gli schiamazzi che vi avvenivano, pretendendo che un simile caso esistesse diimpetto alla sua, mentre poi risultò che nulla di tutto questo era vero; e il primo a crederci fu lo stesso malato.

Il disordine confusionale può in certi casi essere accentuatissimo, in modo da imitare i quadri dell'amenza più grave, con verbigerazione incoerente, agitazione motoria, stati di angoscia o di spavento.

SINTOMI A FOCOLAIO. — I sintomi a focolaio possono presentarsi nella demenza senile in modo passeggero, del tutto transitorio, comparendo senza ictus, durando pochi giorni e dileguandosi poi senza lasciare traccia. In questa forma compaiono assai spesso *afasia* motrice con relativa *agrafia* e più frequentemente ancora *sordità verbale* con *parafasia* e *disgrafia*. Forse anche ogni altra sorta di sintomi a focolaio potrà presentarsi egualmente, ma sfuggendo all'osservazione, che è troppo spesso retta dalla stato mentale dei malati. Talvolta si ha, appunto senza ictus e in modo passeggero, una completa *emiplegia*. Queste forme di paralisi più estese persistono d'ordinario assai più delle forme circoscritte d'*afasia* e possono anche durare dei mesi dileguandosi poi senza residui visibili. I disturbi transitori a focolaio sono forse più frequenti in quei casi dove i sintomi confusionali sono più accentuati.

Assai più spesso però i sintomi a focolaio nascono con la loro stabilità la consueta origine da emorragie o da ramollimenti. Compaiono spesso con ictus epilettrico ed hanno all'inizio un'estensione imponente sospendendo la capacità motoria di tutto un lato; ma nel volgere di pochi giorni si circoscrivono considerevolmente e grado a grado si risolvono facendosi indietro uno stato di paresi. La lesione colpisce con maggiore frequenza la capsula interna e i gangli della base. E in seguito a parecchi di questi ictus spesso si stabilisce una sindrome di paralisi *psicobulbare*, o si hanno quelle del pianto e (poi di rado) del riso spasmodico. Più stabili sono invece le paralisi che nascono senza ictus, lentamente. Esse hanno per causa ordinaria ramollimenti della corteccia cerebrale con localizzazioni le più svariate e con analoghi sintomi.

Tra i fenomeni che derivano da lesioni a focolaio dobbiamo ancora menzionare le convulsioni epilettoformi, ora jacksoniane, ora generalizzate. Esse compaiono sempre tardivamente, quando già si sono manifestati uno o più focolai di paresi.

VARIETÀ CLINICHE DELLA DEMENZA SENILE.

La demenza senile può presentarsi in una forma *demenziale semplice*, con predominio dei fatti di amnesia, di indebolimento critico, di pervertimento affettivo e morale. È frequente in questi casi la depressione melanconica. Poi comuni sono però i casi in cui gli episodi confusionali rendono di tratto in tratto più tumultuoso il decorso della malattia. I fen-

nenti a focolo possono talora montare del tutto: invece in certi casi acquistano una importanza preponderante, talò da far quasi considerare la demenza come una conseguenza delle lesioni a focolo. Sono i casi della così detta *demenza apoplettica*. Veramente anche in questi casi la demenza non è meno pronunciata che negli altri, e ad essa corrisponde il processo patologico diffuso che è il substrato della demenza senile: i fenomeni a focolo, che in individui giovani non giungerebbero mai a dare un quadro generale di decadenza psichica, non sono che un episodio, talvolta il più appariscente e quindi il primo a dare l'allarme, ma hanno radice nel medesimo processo d'arteriosclerosi cerebrale che determina la demenza senile.

Una distinta menzione meritano le forme precoci dell'arteriosclerosi cerebrale, a cui è stata conferita la qualifica di *presenili*. Esse sono così unite alla demenza senile per gradi e forme intermedie, che, soltanto clinicamente ed anatomicamente se ne allontanano un poco, non debbono restarne separate. In queste forme presenili d'arteriosclerosi cerebrale acquistano una importanza preponderante i fenomeni di lesione a focolo, che per la più si stabiliscono lentamente, ma possono anche iniziarsi in modo brusco, con un accesso apoplettiforme, con emiparesi ed emiplegia, psichicamente, con crescendo graduale, si notano indebolimento della memoria e del giudizio, rubria o depressione ipochondriaca, vari deliri. Furono descritte varie classi di demenza presenile che in realtà non si trovano sull'osservazione clinica, ma solo sull'anatomia patologica. Così ALZHEIMER ammette una *atrofia arteriosclerotica del cervello* e BICHAUX una *encefale lobulosefale progressiva*, che varifanno distinte tra di loro, come pure dalla vera demenza senile e persino dalle forme precoci di demenza senile. Ma in realtà, se si toglie il criterio dell'età e quello della mancanza o scarsità dei segni somatici di senilità, non vi sono dal lato clinico elementi scotti per individualizzare la demenza presenile nelle sue varietà.

DECORSO.

L'arteriosclerosi cerebrale è sempre accompagnata, anche in fasi incipienti, da vari fenomeni subietivi: cefalea spesso leggera, ma costante, senso di stordimento, vertigine, ronzio alle orecchie, debolezza articolare, zozzonia. Aggiungo questi sono spesso i sintomi profanici della demenza senile, che si stabilisce in seguito con decorso lento e progressivo. Ma un tale inizio non è costante: a volte in individui appena leggermente indeboliti un trauma, una caduta, un trauma psichico, una malattia infettiva aprono la scena di una decadenza mentale rapida, tumultuaria, accom-

pagnata da episodi confusionali. Nelle forme in cui predominano i sintomi a focolaio non è raro che l'arteriosclerosi cerebrale si annanzi con fenomeni apoplettici, ai quali seguono più tardi e lentamente i fatti di decadenza mentale.

Il decorso della malattia è sempre progressivo, solo i fenomeni asenziali e alcuni fenomeni a focolaio sono suscettibili di remissione. La durata della malattia dipende più che altro dallo stato generale e dal presentarsi o no di malattie intercorrenti che determinano l'esito. La morte avviene talvolta per emorragia cerebrale, più raramente in seguito a fenomeni convulsivi. Molto importanza hanno nel determinare la morte le frequentissime complicazioni d'arterio-sclerosi cardiocircolatoria. Qualche volta si hanno cistiti gravi e tetri ascendenti, più comune tra tutte è la morte per causa di bronco-pneumonia diffusa.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

La diagnosi di demenza senile per la più non presenta alcuna difficoltà. Tuttavia non bisogna essere troppo correvi a diagnosticare una demenza senile in ogni persona di età avanzata che presenti gravi disturbi mentali. Anche nei vecchi possono presentarsi altre forme di psicosi con decorso e prognosi ben differenti da quelli della demenza senile. La scambio potrebbe essere facile con le forme di psicosi affettive che talvolta fanno soltanto in età avanzata la loro comparsa. Più comune tra tutte le psicosi della vecchiaia è la melancolia, ma si osservano anche casi di paranoia circolare o di semplice mania in individui di età avanzatissima. Queste psicosi non debbono essere confuse con gli episodi di eccitamento o di depressione che si presentano spesso nella demenza senile, benché nella vecchiaia le psicosi affettive assumano spesso un aspetto speciale, una tinta più o meno accentratata di indebolimento mentale, tuttavia nella maggior parte dei casi è chiaro che il disturbo affettivo ha la parte principale nel quadro morboso e l'indebolimento una parte affatto secondaria.

Anche l'amenia può presentarsi in tarda età in seguito alle sue solite cause. In tal caso non rischia di esser pigliata per un episodio amenziale della demenza senile; ma i dati mnemonici per la più possono mettere sulla buona strada. In ogni caso il decorso e soprattutto l'esito stabiliscono una netta differenza.

Nella forma classica di demenza senile lo scambio con la paralisi progressiva è facilissimo ad evitarsi soprattutto per ragioni delle rispettive età di sviluppo delle due malattie. Si può dire che il dominio della demenza senile comincia là dove finisce quello della paralisi progressiva,

Facile è invece la confusione della paralisi progressiva con le forme « arteriosclerotici cerebrali presenili. E infatti BINSWANGER e ALZHEIMER si sono sforzati di distinguere i quadri della encefalite sottocorticale progressiva e della atrofia arteriosclerotica del cervello appunto dalla paralisi progressiva, con la quale venivano prima confuse. Benché il quadro anatomico sia del tutto differente, pure clinicamente le differenze non sono tali da permettere sempre una netta diagnosi differenziale. La prevalenza di sintomi a sviluppo con lento e progressivo sviluppo, la mancanza di alcuni tra i sintomi principali della paralisi, come ad es. i disturbi pupillari e la disartria, possono frenare buoni dubbi, ma non dati sicuri. L'arteriosclerosi presenile ha un andamento più cronico ed i suoi deliri sono meno caratteristici.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Le autopsie danno nella demenza senile un abbondante raccolto di fatti patologici. Nell'esame macroscopico, oltre a tutti i caratteri di senilità che sono rilevabili *ad vivo*, si ha: assottigliamento della calotta cranica fino alla trasparenza, qui e là al contrario ispessimento della diploe. La dura aderisce fortemente al cranio, sì che in certi casi non è possibile staccarla. Le granulazioni di Pacchioni sono spiccatamente ipertrofiche e determinano profonde impronte sulle ossa craniche. Non è raro l'erosione della dura madre. Le meningi molli si presentano ispessite ed opacate. Vi è costantemente un certo grado di idrocefalo esterno, corrispondente all'atrofia cerebrale. Anche i ventricoli sono dilatati. Il peso del cervello è inferiore alla norma; numerosi confronti dimostrano una diminuzione da 150 a 200 grammi. Le circunvoluzioni si presentano assottigliate e i solchi allargati. I vasi cerebrali, specialmente i grossi vasi della base, presentano evidenti alterazioni arteriosclerotiche, che spesso si possono seguire anche sulle piccole arterie. La corteccia cerebrale può presentare focolai di rammolimento ischemico. Nei gangli della base e nella capsula interna sono frequenti le *lacune di disintegrazione perimicrodare* (fig. 102).

L'esame degli altri vasci pone in evidenza il processo di arteriosclerosi diffusa: importantissimi tra gli altri sono i fatti di arteriosclerosi carotidea e renale. L'aorta è spesso dilatata, ateromatosa; le arterie degli arti (spessissimo, pure).

Microscopicamente, anche nei vasi più tutti, è facile rilevare un processo di atrofia diffusa negli elementi nervosi, al quale si contrappone un aumento della neuroglia. Le cellule nervose sono impiccolite, atrofiche

in vario grado (fig. 100); ad elementi che hanno aspetto normale, o quasi, altri ne stanno vicini che sono impiccioliti e colorati in modo più uniforme. È notevole l'aumento spesso enorme del pigmento. Esso forma grossi necculi non solo nelle cellule più grandi, che ne contengono ordinariamente piccole quantità, ma anche nelle cellule piccole che ne sono di regola esenti. Ai processi cronici di atrofia si possono associare anche processi acuti di alterazione cellulare, simili a quelli che si riscontrano nei processi di intossicazione: in molta parte essi sono imputabili alle complicazioni premortali ed agoniche.

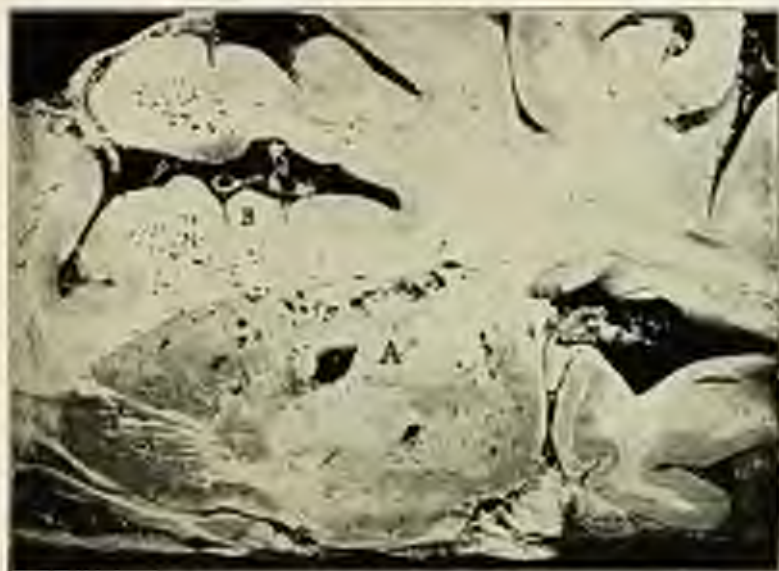


Fig. 100. — Taglio di Falcina in una testata ovale. A, lesione di disintegrazione nei nuclei ventrali; B, corpo celoso (30x) (coll. di A. Falcina, *Disseguio del cervello*, F. Einaudi, Paris 1907).

La proliferazione della nevroglia, caratterizzata soprattutto da un aumento di fibre, si può presentare in modo diffuso, ma predilige tutti quei punti che normalmente offrono un più ricco tessuto nevroglico; così lo strato sottopiale della corteccia e lo strato sottopendimale della sostanza grigia dei ventricoli, ove può riscontrarsi un vero processo di gliosi sottopendimale (pendimite liscia o granulosa) del tutto simile a quello che si osserva nella paralisi progressiva. Anche intorno ai vasi si accentua la formazione di glia. Nelle cellule di nevroglia si frequenta la presenza di accumuli di pigmento (ORREAVENTA). Ove la nevroglia è più abbondante, sono numerosi i corpi amiloidei. Oltre a questo processo di-

ma si possono presentare strati di glioni circoscritti: la glione audace (Reiliana) costituita da piccole isole corticali; la glione periventricolare (Alzheimer) che può estendersi a tutto il territorio di una grossa arteria. Questa forma sarebbe caratteristica dei processi senili. Nella corteccia gli nervi di fibre mielinizzate sono impoveriti. Nella sostanza bianca sottocortica



Fig. 110. — Lattina di fuso della circonvoluzione frontale superiore in sezione di demenza senile: atrofia diffusa della sostanza bianca, rigelamento e alcune zone omogenee dell'angolo.

si hanno processi diffusi di impoverimento o degenerazioni secondarie. Queste degenerazioni sono dovute a lesioni diffuse della corteccia; oppure sono la conseguenza di lesioni a focolaio per emorragia o per rimbalzi di schisma. Sempre nella sostanza bianca sottocorticale si può inoltre riscontrare un processo di alterazione primaria delle fibre, associato a lesioni vascolari, una encefalite subacuta progressiva (Besswanger), alla quale solo in secondo tempo intercederebbero le lesioni corticali. Ed anche questo processo sarebbe proprio dell'età senile.

Nel midollo si riscontrano processi di atrofia degli elementi nervosi midollari e quelli della corteccia; i cordoni bianchi sono impoveriti di fibre soprattutto al di sotto della pia, ove si presenta anche un compatto ammasso di fibre di nervaglia e numerosi corpi muliaci. Inoltre nel mi-

ddollo si trovano lesi degenerativi secondari a lesioni a focolaio del cervello.

I nervi periferici presentano spesso atrofia delle guaine mieliniche, acustamente progressivamente nelle parti più distali, e che può giungere sino alla completa scomparsa dei più piccoli ramuscoli cutanei.

Molti delle lesioni descritte si osservano, come si è visto, anche nella paralisi progressiva. Tuttavia i due quadri anatomici presentano differenze abbastanza caratteristiche. In fatto, nella demenza senile mancano i processi transizionali di degenerazione che alterano le cellule corticali; l'atrofia è diffusa e regolare; gli elementi nervosi portano segni costanti di senilità, per es. un'abbondanza di pigmento; le alterazioni vascolari sono più accentuate nei vasi grossi e medi, che sono poco alterati nella paralisi progressiva, mentre d'altra parte intorno ai vasi più piccoli non si è quell'infiltrazione di linfociti e di cellule plasmatiche che costituisce un distintivo così importante dei cervello paralitici. La proliferazione della

névrogia, che nella paralisi progressiva ha disposizioni completamente aberranti, assume nella demenza senile il carattere della semplice iperplasia, interessando più che altro le regioni più normalmente predilette da questo tessuto, o in altre parole non è che una sclerosi isocorrente. A differenza della paralisi progressiva, nella demenza senile sono frequenti i focolai di ramollimento emorragico e tranillotico.

PATOGENESI.

Non vi ha dubbio che la base fondamentale del processo di atrofia degli elementi nervosi e della conseguente demenza risiede nelle lesioni arteriosclerotiche dei vasi cerebrali che rendono difficile e insufficiente la nutrizione cerebrale. Si deve per altro ammettere che la stessa causa generale, la stessa alterazione del ricambio che determina le lesioni vascolari concorra anche primariamente a ledere i tessuti nervosi. Ciò vale soprattutto per le atrofie lente o diffuse, per la senilità delle cellule nervose.

È ovvio invece che debbono essere attribuite alle lesioni vascolari tutte le lesioni localizzate del tessuto nervoso per emorragia ed ischemia. La diffusione e il grado della arteriosclerosi danno la particolare impronta al tipo ed al decorso del processo demenziale: ove la lesione è lieve o diffusa si hanno i processi più tipicamente degenerativi e più lenti; ove prevalgono i fatti emorragici e tranillotici si hanno le forme complicate di paralisi, le demenze apoplettiche; ove infine i processi sono circoscritti, si hanno le forme aberranti (generalmente presenti con predominio dei sintomi a focolaio).

Con ciò non è finita l'esposizione dei danni a cui sottosta il cervello per causa dell'arteriosclerosi. Il cervello deve anche necessariamente risentire il contraccolpo degli effetti arrecati dall'arteriosclerosi ad altri organi, soprattutto al cuore ed ai reni. I disturbi circolatori dovuti all'arteriosclerosi cardiaca e l'insufficienza renale per atrofia arteriosclerotica del rene entrano certamente in prima linea fra le cause degli stati confusionali che compaiono in demenza senile. I fenomeni poi di lesione a focolaio, che si presentano transitoriamente, che si dissolvono senza lasciar traccia od ai quali poi sistematicamente non corrisponde alcuna lesione cerebrale sono con gran probabilità ed esclusivamente dovuti alla insufficienza renale; essi non differiscono in nulla dalle paralisi che si osservano nei processi di anemia cronica.

L'arteriosclerosi è generalmente determinata da una diatesi ossidizzante; difatti i soggetti senili presentano una larga erofita similare negli accidenti, che da alcuni autori si fa persino risalire al 20% dei cas-

L'importanza grandissima hanno però, ad ogni modo, le malattie progressive, specialmente tossiche o infettive, e in particolar modo l'alcolismo e la sifilide.

CURA.

Una cura razionale dovrebbe tendere a debellare l'affezione fondamentale dell'organismo, l'arteriosclerosi. Ma bisogna confessare che contro questa malattia la terapia è disarmata. Di effetti assai problematici sono le piccole dosi di preparati iodici che abitualmente vengono prescritti o non meno problematici sono gli effetti dei vari sali salini recentemente proposti contro l'arteriosclerosi. Il compito del medico deve fortunatamente limitarsi all'igiene dietetica, all'astensione degli eccessi nell'uso di qualunque bevanda, ad una costante sorveglianza sulle funzioni renali. L'alcol si può impiegare come cardiotonico e come ipnotico. L'oppio e la morfina giovano negli stati di agitazione. È ovvio che l'assistenza personale e la pulizia debbono essere carate al massimo grado.

Emorragia, Embolia, Trombosi cerebrale.

L'emorragia cerebrale irrompe per arteriosclerosi acuta o presente, ed anche nei giovani può seguire ad alterazioni più o meno grosse delle vasi cerebrali, specialmente d'origine settica. Inoltre, anche in soggetti d'età avanzata, non sempre l'alterazione dei tronchi arteriosi principali implica una lesione diffusa delle minute diramazioni, tale da danneggiare largamente gli elementi nervosi della corteccia. L'embolia cerebrale può colpire soggetti di qualunque età in seguito a processi morbosì del tutto estranei al cervello, generalmente in seguito ad affezioni del cuore sinistro. La trombosi cerebrale dipende bensì da lesioni locali dei vasi, almeno il più delle volte, ma queste lesioni non sono necessariamente diffuse e generalizzate. Insomma si possono avere lesioni a focolaio anche in cervelli validi, sicché il quadro morboso è dominato da sintomi di lesione a focolaio che non sono né sopralamini, né relativi alla sindrome di lesioni diffuse, al contrario: è ciò che avviene quando invece gli stessi focolai si producono in cervelli invalidi di demente senile. Più specialmente interessano la psichiatria le lesioni corticali: sono frequenti nel caso dell'emorragia cerebrale, più frequenti in quello della embolia o della trombosi.

Sull'inizio dell'affezione i sintomi non si limitano al focolaio; prevalgono anzi i sintomi generalizzati che si devono agli stimoli ed alle irritazioni erva-

distintamente parti lese alle parti sane. Anzitutto non c'è, si può dire, apoplessia con scus che non si accompagni ad incoscienza o coma. Ed ogni volta che si stabilisce una lesione a focolaio i sintomi di difetto sono sempre maggiori di quelli che risultano poi in seguito. Si hanno inoltre disturbi funzionali più o meno accentuati: nel campo psichico non è infrequente uno stato confusionale più o meno accentratato, con grave disorientamento, talvolta anche con allucinazioni, che può durare pochi giorni, al più una settimana. Poi grado a grado si circoscrive sempre più nettamente il quadro stabile della malattia, cioè il complesso dei sintomi di difetto.

Più importanti dal punto di vista psicologico sono naturalmente le lesioni che colpiscono i centri associativi, sede di immagini rappresentative, di simboli, di ricordi, senza dei quali non è possibile l'evocazione intenzionale e il riconoscimento. Secondo la sede della lesione si hanno le più diverse forme di agnosia. Si tratta generalmente di agnosie più o meno incomplete e miste: e la gravità dei fenomeni presenta sempre oscillazioni in meglio o in peggio da un giorno all'altro. Importantissime sono la sordità psichica, la cecità psichica, l'astereognosia. Ancor più importanti le alterazioni del linguaggio nelle forme più o meno gravi di afasia motrice, afasia evocativa, *sordità verbale* e *cecità verbale*. Benché tutte queste forme possano rappresentare un disturbo parzialmente dell'intelligenza, pure fanno sentire il loro effetto pernicioso su tutta l'intelligenza; e se non alterano il giudizio, intralciano però la celerità del pensiero, rendendola stentata e frammentaria. Assai più dell'afasia motrice o della amnesia è dannosa la *sordità verbale*, nella quale non solo è turbata o soppressa la comprensione della parola udita, ma anche la espressione spontanea del linguaggio è costantemente sconcertata sotto forma di parafasia. La parafasia può raggiungere proporzioni tali da dare ad un esame superficiale l'impressione di una grave confusione mentale, e difatti i sordi verbali vengono messi più spesso degli afasici motori seminati per paesi confusi e mandati al manicomio. Un esame accurato mostra tuttavia che il disturbo ideativo è sempre assai minore di quel che pare.

Altre forme di assordimento si riferiscono alle rappresentazioni degli atti e sono dunque apraxie. Tali casi di apraxia ricopiano nel loro insieme le forme dell'afasia, potendo dipendere dalla perdita delle immagini sensorie tattili, visive, uditive che determinano gli atti, oppure dalla perdita delle immagini motorie e costruttive.

I fenomeni amnestici e dissociativi che derivano da tutte queste lesioni a focolaio consistono nella perdita di simboli determinati per categorie. Ma per quanto si tratti di simboli circoscritti e sistematici, le funzioni psichiche ne risentono una ripercussione generale soprattutto sulla memoria.

Prima a soffrirne è la ritenzione volontaria: un afasico motore immedesime bene ciò che gli si dice ed è in grado di eseguire immediatamente qualunque ordine gli venga dato, ma non è più capace di una esecuzione mota se tra l'ordine e l'esecuzione deve intercorrere un certo tempo.

Anche lo stato affettivo è poi o meno alterato: molti ammalati sono di natura depressa, facilmente piangono e si lasciano trascinare passivamente alla commozione. Tra i suoi vertici è frequente la *parcoité paroxysot*, non di rado unita ad uno stato di leggero eccitamento. I sentimenti morali sono spesso affievoliti per l'attenuazione delle preoccupazioni secondarie e per la spensieratezza che è propria dello stato anormale.

In seguito a lesioni a focolaio, circoscritte localizzate, ma dopo qualche tempo, probabilmente per una azione irritativa della cicatrice cerebrale, possono scoppiare accessi epilettici, ora localizzati, ora generali. A questi accessi sono legate tutte le ordinarie sequelle di complicazioni, sicché si possono avere stati confusionali o di eccitamento postepilettici, o, se gli accessi sono assai frequenti, i malati cadono in uno stato di indebolimento mentale progressivo con attività morale completa o carattere epilettico, come nell'epilessia congenita.

Parallelamente all'evoluzione anatomica della lesione cerebrale si ha un'evoluzione dei sintomi. Qualche mese dopo l'inizio dell'affezione, si stabilisce un *surcussus* di difetto funzionale che si mantiene poi stazionario pressoché indefinitamente. I compensi funzionali che nell'età infantile sono possibili e talvolta completi, nell'adulto sono estremamente difficili; e la rieducazione nelle afasie, difficile e intricata, dà sempre risultati assai scarsi. Data la natura delle affezioni che determinano primitivamente l'emorragia, l'embolia e la trombosi, è chiaro che questi processi, anche se non sono progressivi, possono ripetersi e condurre così successivi attacchi ad una decadenza sempre più grave delle funzioni mentali. Non di rado la morte avviene al raggiungimento di nuove lesioni cerebrali.

La sifilide cerebrale.

La sifilide può agire in vario modo sui centri nervosi, determinando quadri morbosi diversi. Può anzitutto cagionare un'alterazione primitiva del sangue che segue all'infezione e che esercita un'azione generale su tutto l'organismo, per conseguenza anche sui centri nervosi. In questo caso si ha il quadro comune delle *pirocasi tossiche confusionali*; e, nonostante la specificità della causa, la malattia non si distingue automa-

licemente dalle altre forme di anemica. Si ha dunque un'anemica sifilitica con fenomeni allucinatori e confusionali.

La sifilide scemvolge l'intelligenza anche in modo indiretto, per mezzo dell'alimentazione che induce nel ricambio a lunga scadenza. Questa alterazione, a cui molti sifilitici si sottraggono, è debitoria per il sistema nervoso. Si tratta di un processo metastinfittico, e la malattia mentale che ne risulta è la paralisi progressiva.

Ma la sifilide può produrre anche malattie locali del cervello con processi di meningite sifilitica, con alterazioni dei vasi, con gomme. Di questa sifilide cerebrale in senso stretto noi dobbiamo qui occuparci.

La meningite sifilitica, gommata, si localizza prevalentemente alla base del cervello; è più rara sulla convessità. La localizzazione basale si rivela, come è noto, soprattutto con paresi o paralisi dei nervi cranici, per esempio degli oculomotori, con la sordità ottica, con paresi agli arti, con disturbi disartici della parola: fenomeni più o meno diffusi ed accentuati secondo la localizzazione del processo, caso per caso. La localizzazione sulla convessità dà luogo principalmente a fatti di epilessia jacksoniana o ad accessi generalizzati (epilessia da sifilide cerebrale), svariati fenomeni meneparetici, disturbi atassici. Le gomme isolate e voluminose possono formarsi dovunque, con sintomi a fondare. Ma qualche volta processi localizzati sono superati da alterazioni diffuse dei vasi, che ne inaspriscono in modo emiliteristico la parete e che ne restringono il lume talvolta fino alla totale obliterazione. Anche in questi casi non mancano i sintomi localizzati, soprattutto per le emorragie, le tremolosi e i successivi rammolimenti, che provengono dalla lesione di vasi non troppo piccoli; ma il maggiore interesse spetta allora ai fenomeni mentali, che possono in queste forme diffuse assumere una importanza notevole.

Qualunque sia la localizzazione o la estensione del processo sifilitico cerebrale, è ben raro che non si presentino disturbi mentali, per lo meno in forma di semplice difetto. E ciò non solo per l'azione locale del processo sifilitico sulla regione in cui esso si impianta, ma anche per i disturbi generali del circolo nel cervello e forse anche per un'azione tossica che va al di là dell'apparente localizzazione anatomica.

Il modo di presentarsi dei disturbi mentali varia molto da caso a caso. Possono aversi fatti di demenza che si vanno manifestando lentamente e in modo progressivo, mentre al tempo stesso si mostrano i sintomi motori della sifilide cerebrale. O possono prima manifestarsi in modo imponente questi sintomi per un certo tempo, spraggiudendo in seguito come complicazioni stadi di separazione di confusione, che recedono lasciando dietro un difetto mentale. Oppure possono aversi ad un tratto gravi fenomeni di paralisi, precedati soltanto da scarsi segni prodromici, per

esempio reflessi e vertigine, ed accompagnati da perdita della coscienza come negli insulti apoplettici, e più tardi, col disegnarli dei fenomeni acuti, un risultato di questo stato.

I fenomeni demenziali sono di gran lunga i più frequenti o i più stabili nel corso della sifilide cerebrale. Generalmente essi si limitano a semplice difetto della memoria e della prontezza nella percezione, a diminuzione di persistenza nel lavoro manuale, ad intolleranza e impossibilità di applicazione mentale, senza peraltro che si abbiano convulsioni o dubbi deliranti. Talvolta il difetto psichico può manifestarsi nel campo dei sentimenti morali con indifferenza, brutalità, egoismo, senilità all'orgia. L'umore è di rado esaltato, assai spesso depresso: quasi costantemente gli ammalati hanno coscienza del loro male.

Fenomeni confusionali si possono notare in immediata continuità con stati apoplettici o con accessi di epilessia generale o jacksoniana. Quando le lesioni sono molto diffuse e gravi, si possono produrre in forma protratta fenomeni di confusione ed allucinazione. I deliri sistematizzati e l'incubi cronico sono una possibilità rara.

Il decorso dei disturbi mentali è, come quello dei sintomi motori, soggetto a frequenti remissioni ed esacerbazioni. Anche indipendentemente dalla cura, si possono osservare miglioramenti cospicui; ed il difetto mentale non deve esser mai per intero interpretato nel senso di demenza irreversibile. Molti ricordi che sembrano perduti possono riacquistarsi, molte facoltà coltursi. E ciò dimostra che nella patogenesi dei disturbi psichici non va data esclusiva importanza ai fenomeni distruttivi che eventualmente si verificano nelle strutture corticali, ma molta se concesso alla irregolarità di nutrizione, e quelle della circolazione, allo stato tossico, ai semplici disturbi funzionali, eccitamenti ed inibizioni, che introducono il disordine nei processi mentali e fanno apparire il difetto come maggiore di quello che in realtà non sia.

La diagnosi di sifilide cerebrale è per lo più abbastanza sicura in ragione dei sintomi motori che generalmente accompagnano i fenomeni psichici; tra i quali sono caratteristici quelli che si riferiscono ai nervi cranici e soprattutto agli oculomotori. Tuttavia, siccome fenomeni paralitici e paretici possono anche osservarsi nella paralisi progressiva, la diagnosi non è sempre certa, specialmente se i fenomeni mentali prevalgono e si presentano gradualmente. Di sotto i fatti paralitici della paralisi progressiva vi si fugge, mentre nella sifilide cerebrale, per quanto offrano remissioni ed esacerbazioni, sono assai più duraturi. Si noti che nella sifilide cerebrale i disturbi mentali non sono quasi mai isolati; anzi nella grande maggioranza dei casi si presentano solo in seguito o assieme ai fenomeni motori. Per lo più consistono, come si è detto, in un semplice difetto di

intelligenza, che subisce remissioni notevoli; e non hanno mai il decorso progressivo e la impoienza dei fenomeni demenziali e deliranti della paralisi progressiva. La disastria nella sifilide cerebrale è più strettamente legata a paralisi o paresi accentuate, per lo più disugale dai due lati ed associata a paresi degli arti. Non si notano in essa le esitazioni, le trasposizioni, le ripetizioni spasmodiche e le deformazioni che si osservano nella parola dei paralitici: è una disastria per puro difetto motorio. La data dell'infezione sifilitica può fornire un indizio importante, ma non decisivo: in genere la paralisi progressiva ha un periodo di preparazione molto più lungo di quello della sifilide cerebrale; ma ciò non può portare a regole individuali. Molto maggiore importanza ha la verifica di mansonismo, terriere, gomme, urti sifilitici. Se queste manifestazioni sono vissute o se risulta dall'anamnesi che si furono, ciò serve a confermare la diagnosi di sifilide cerebrale. È noto infatti che le manifestazioni di sifilide primaria sono eccezionali nei paralitici. Un ottimo criterio differenziale è dato infine dagli effetti della cura mercuriale, perché ormai non è più lecito nutrire illusioni circa all'azione del mercurio nella paralisi progressiva: essa è indifferente o dannosa.

La cura della sifilide cerebrale ha la sua base principale nel mercurio. L'associazione dei preparati iodici è generalmente vantata, ma non ha che importanza accessoria. Si consigliano le frizioni quotidiane con dosi di 45 gr. di unguento mercuriale rosso. Ma se si pensa che la cura deve essere protratta finché lo comporta la tolleranza individuale, si darà la preferenza alle iniezioni intramuscolari di salicilato corrosivo in dosi di un cgr. per iniezione. Questo metodo permette di regolare la somministrazione a seconda del bisogno e mette al riparo da eccessivo ed improvviso assottigliamento del farmaco. Se anche si è avuta guarigione completa, è bene ripetere la cura in forma più attenuata dopo qualche tempo. A fortiori lo stesso va fatto nel caso di guarigione incompleta.

Gli effetti della cura si manifestano per lo più dopo la seconda o la terza settimana, talvolta più tardi, solo quando si va già incontro a fatti di mercurialismo e non si ha alcun miglioramento è lecito disperare del successo. L'esito della cura è in generale un miglioramento più o meno notevole. Guarigioni complete e durature non si hanno che nell'8% dei casi. Pare che i disturbi convulsivi comportino una prognosi migliore dei paretici e dei paralitici. Per lo più i disturbi mentali migliorano, ma si lasciano dietro un residuo stabile di deficienza psichica, sia pur leggera. Talvolta restano stazionari o peggiorano progressivamente nonostante la cura. Nonlimento bisogna tener presente la possibilità che si formano della sifilide cerebrale succedano quelli della paralisi progressiva. L'età avanzata degli ammalati pare che aggravi notevolmente la prognosi: i migliori successi si hanno certamente in soggetti giovani.

Tumori cerebrali.

I tumori cerebrali danno luogo a fenomeni psicotici soltanto per l'azione locale, sia tessale in cui si sviluppano, in seconda luogo per la loro influenza indiretta su tutta la corteccia. I disturbi circolatori che accompagnano i tumori, l'aumentato della pressione endocranica, l'elaborazione di sostanze tossiche che si versano direttamente nel tessuto nervoso o nel liquido cerebro-spinale esercitano qualche volta un'azione più grave ed evidente del tumore stesso.

I sintomi a focolaio variano assai secondo la localizzazione, la rapidità di sviluppo e a seconda che il tumore compenetra o no il tessuto nervoso. Tumori che si sviluppano all'interno degli elementi nervosi e molto lentamente danno il solo sintomo di sintomi locali; talvolta anzi i sintomi possono mancare del tutto, sicché il tumore è una vera sorpresa di autopsia. Quando invece lo sviluppo del tumore è sollecito e determina una rapida disorganizzazione del tessuto nervoso contiguo — è circondato da zone in cui si verificano emorragie, i sintomi a focolaio sono assai più accentuati.

Come alla sede, i sintomi sono da interpretare al solito secondo la topografia funzionale della corteccia. Dal punto di vista psichiatrico ha una certa importanza la questione se ai tumori della regione prefrontale si associino speciali cortei di sintomi psichici. Le opinioni di HIRN, WIGGOT, BRANON, FERNAN, PARNES sulle funzioni della regione prefrontale giustificano pienamente la supposizione clinica che la lesione di questo vasto territorio debba poi d'ogni altra riuscire dannosa per le funzioni mentali. E non pochi casi clinici vengono citati in appoggio di questa opinione. Si è voluto persino ravvisare un segno prognostico per le lesioni prefrontali del cervello nella tendenza ai giochi di parole (WERNER).

L'indebolimento mentale per tumore della regione prefrontale è nella maggior parte dei casi molto evidente; ma ad ogni modo esso non basta a dare indicazioni chiare e certe sulla sede della malattia. Può avvenire che l'indebolimento mentale manchi nei tumori prefrontali, mentre d'altra parte può essere accentuatissimo in lesioni poste all'interno di questa regione cerebrale. Ciò si spiega in gran parte con le influenze indirette che il tumore esercita a distanza su tutta la corteccia. E d'altra parte sulle lesioni della regione prefrontale con densità, non tutto il quadro psichico deve essere attribuito al fatto locale. Come giustamente osserva EDUARD MÜLLER, le lesioni croniche di tutta la corteccia cerebrale sono tanto più facili nei tumori del lobo frontale in quanto questi hanno un decorso più lento e solo tardivamente conducono a morte. Quando poi

alla tendenza ai giuochi di parole, essa si può riscontrare in ogni sorta di processi cronici conducendo a demenza.

Le azioni diffuse che si esercitano sul cervello per opera dei tumori cerebrali rallentano i processi psichici e depressono l'affettività. Gli stimolati sono tardi, ottusi, afferrano difficilmente le impressioni sensoriali, non sono capaci di attenzione protratta, dimenticano tutto. Eppure, talvolta sotto le apparenze di una profonda demenza si ha conservazione abbastanza cospicua dei poteri critici: gli ammalati, purché vengano interrogati con insistenza e tratti con stimoli sensoriali energetici e ripetuti dal loro torpore, mostrano di comprendere correttamente l'ambiente e danno risposte sensate. Da uno stato di semplice ottundimento psichico si va per gradi sino alla sonnolenza, a un vero sonno profondo, dal quale solo gli stimoli energetici svegliano per un momento, al sogno, al coma. È notevole che il fenomeno della sonnolenza è assai più frequente nei tumori della regione dell'ipofisi e del terzo ventricolo: probabilmente questi tumori influenzano sui vasi della base del cervello (Riservato).

Questa sintomatologia di ritardo psichico e di depressione, benché frequentissima, non è la sola che si possa osservare. Talvolta, probabilmente per effetto di sostanze tossiche segregate dai tumori o per disturbi speciali di circolo, si presenta il quadro della confusione allucinatoria.

I tumori più perniciosi dal punto di vista dei disturbi psichici sono i sarcomi. In età giovanile pare che la tolleranza del cervello sia maggiore che in età adulta. Qualche volta il tumore si associa a forme di psicosi senili, quali si possono produrre indipendentemente dai scoppiami del cervello. È probabile che in tali casi il tumore, per lo più assai circoscritto, agisca come causa predisponente alla psicopatia.

L'occupazione dei tumori cerebrali può essere seguita da buon successo quando il tumore sia facilmente isolabile dal tessuto nervoso e non dia luogo per sua natura a recidive. In ogni caso, l'effetto più spiccato si ha sui sintomi generali e indiretti, non sui sintomi diretti e locali.

Gli annessi cerebrali danno luogo ad una sintomatologia del tutto identica a quella dei tumori.

La sclerosi a placche.

Nella sclerosi a placche è quasi costante un indebolimento mentale più o meno accentuato. I malati sono ottusi, scendono nella capacità di attenzione e nella memoria senza però gravi disturbi di giudizio o deliri. Per gradi si può giungere sino alla più profonda demenza. Lo stato d'animo è spesso depresso, talvolta variabile, in qualche caso irritabile. Il decorso è progressivo, talvolta con lunghe remissioni.

La diagnosi differenziale può presentare qualche volta punti oscuri in riguardo alla paralisi progressiva, soprattutto della forma apatica, di cui può essere ricoperta fedelmente la sintomatologia psichica. Elementi importantissimi per la diagnosi sono in ogni caso i sintomi motori, le paros spasmoidiche, il tremore intenzionale, il mistagmo, la parola scandita.

Il processo anatomico-patologico consiste in una gliosi intensissima localizzata alle placche di sclerosi: la colorazione elettiva col metodo di Weigert mette in evidenza le fibre di nevroglia accorpate in un intreccio fitissimo. È caratteristica delle placche di sclerosi la relativa integrità dei cilindri nonostante la perdita completa della loro guaina mielinica. Solo in secondo tempo, quando l'alterazione è assai inoltrata, si ha l'interruzione anatomica e funzionale dei cilindri e la conseguente degenerazione secondaria. Nella corteccia si osservano peraltro, anche all'infuori delle placche di sclerosi, lesioni degenerative diffuse delle cellule e delle fibre nervose.

I traumi al capo.

I traumi al capo possono determinare fenomeni psichici in più modi, con meccanismo del tutto diverso. Può anzitutto il trauma produrre un affetto psichico come quando cade in qualsiasi altra parte del corpo e così dar luogo, magari per semplice spavento, all'isterismo traumatico. Ma in questo caso non è la diretta azione meccanica che entra in gioco.

I traumi al capo possono determinare fenomeni di lesione a focolaio nei casi di frattura del cranio con avvallamento, di contusioni encefaliche, di contusioni cerebrali. Questi fenomeni a focolaio non differiscono da quelli prodotti per tutt'altre cause. Come effetto tardivo si possono sviluppare accessi epilettici jacksoniani o generalizzati, e in questo caso a lungo andare si possono presentare tutti i fenomeni accessori dell'epilessia, pervicacemento del carattere, indebolimento dell'intelligenza, stati confusionali pre- e postepilettici.

Ma anche quando non ci siano lesioni grossolane a focolaio, i traumi al capo possono provocare fenomeni caratteristici che seguono o immediatamente dopo il trauma, oppure a scadenza più o meno remota. Subito dopo il trauma si ha generalmente uno stato di completa incoscienza, di varia durata, dal quale si esce altrettanto rapidamente. È caratteristico il fatto che il paziente ha amnesia completa dell'accaduto e spesso anche del tempo antecedente per un periodo di qualche ora o più. È come se lo shock traumatico cancellasse tutte le tracce mnemoniche più recenti.

Quando si rileguano questi fatti immediatamente successivi all'accidente,

si ha un periodo di ritorno allo stato normale, che può durare parecchi mesi; ma in seguito lentamente, insidiosamente si stabilisce un progressivo indebolimento mentale. Qualche volta solo in capo a molti mesi esso è nettamente riconoscibile. L'ammalato è smemorato, si stanca facilmente, si lagna di oppressione al capo, di ronzio agli orecchi, di vertigine. Spesso diventa di umore irritable, in preda a continua tristezza, è preoccupato della sua salute, diventa indifferente per gli altri, sticamente indebolito, e si dà agli eccessi alcolici.

Lentamente e progressivamente possono anche comparire segni di debolezza motoria agli arti, tremore alla lingua ed alle mani, esagerazione dei riflessi, di rado disastria e rigidità papillare.

Il decorso è per qualche tempo progressivo, poi si arresta ad uno stato di demenza più o meno permanente. La morte avviene quasi sempre per malattie intercorrenti.

In certi casi la malattia è difficilmente distinguibile dalla paralisi progressiva, anche perché i traumi al capo possono essere di questa una causa occasionale. Mancano però nella demenza traumatica gli stati caratteristici di eccitamento, i deliri tumultuosi, e i sintomi organici sono più scarsi. Il decorso, che in fine inoltra assume un andamento stazionario, può nei casi più dubbi chiarire la diagnosi.

La demenza traumatica non deve considerarsi come un effetto di lesione puramente funzionale. L'esame anatomico della corteccia rivela la presenza di piccoli e vecchi focolai emorragici trasformati in focolai di glione: si osservano cicatrici glioniche contenenti ancora del pigmento sanguigno. Si riscontrano anche cisti cistiche, piccole zone di rammolimento, lesioni croniche diffuse. Si deve dunque ammettere che all'atto del trauma avvengano piccole lesioni diffuse che poi diventano punto di partenza ad un processo cronico di glione e di degenerazione degli elementi nervosi.

CAPITOLO XVII.

Le psicosi affettive

Le due sindromi della depressione sentimentale e dell'esaltamento possono presentarsi col carattere di episodi effimeri, incompleti e non necessari nel decorso di qualunque malattia mentale. Ma esse raggiungono un'importanza essenziale nella *melancolia* e nella *mania*, che sono dal primo momento fino all'ultimo vere malattie dell'affettività e che, anche quando degenerano in deliri di pensiero o di condotta, conservano sempre le tracce della loro origine affettiva.

L'individualità clinica della *melancolia* e della *mania*, l'antagonismo facilmente visibile dei loro sintomi e la posizione caratteristica delle due malattie fra le psicosi più schiettamente acute sono, per la psichiatria, una nozione delle più antiche. Nel 1883 KRAFFT EISEN, dividendo le malattie mentali in due grandi gruppi, quello delle forme acute o accidentali o psitoseurici e quello delle forme croniche o costituzionali o degenerative, poteva scrivere la *melancolia* e la *mania* a capo del primo gruppo. I degenerati erano anormali votati ad una pazzia irrimediabile fin dalla nascita o dalla prima infanzia, i *melancolici* ed i *maniaci* dovevano invece considerarsi come personalità valide, armoniche, che ammalavano una volta tanto sotto il turbine fortuito d'una causa esterna. Solo nei casi, che allora sembravano rari, di ricorrenza periodica, la *melancolia* e la *mania*, mentre stavano in antitesi fra di loro per ciò che riguarda i sintomi, erano l'antitesi delle psicosi degenerative per ciò che riguarda le cause e il decorso.

Questo modo di vedere non era riescito scosso dall'esistenza delle forme periodiche e quindi croniche, in cui l'accesso *melancolico* e l'accesso *maniacale* si ripetono molte volte ciascuno per conto proprio o si avvicendano istintivamente fra di loro nello stesso individuo con alternative regolari. E infatti, se la *melancolia periodica* e la *mania periodica*, a motivo della loro natura evidentemente costituzionale, erano costrette ad

abbandonare la compagnia delle psicosi acute ed accidentali, ciò non impediva alle forme non periodiche di pura melancolia e di pura mania di restare dot'erane, cioè fra le malattie acute da causa esterna. Similmente, la possibilità d'una psicosi mista, in cui la melancolia e la mania si associano, non era e non è un motivo sufficiente per identificare le due psicosi anche quando si presentano separate, sia con un unico accesso, sia con una serie d'accessi ricorrenti, ma del medesimo genere, come in realtà avviene e abbastanza di spesso.

Il primo esempio all'indipendenza della melancolia e della mania è quello compiuto da KANTHAUM nel 1851, quando circoscrisse la sindrome depressiva alla sindrome d'esaltamento, considerandole sempre e sistematicamente come due semplici stadi della medesima psicosia, la *vesania typica*. Tutto per KANTHAUM era vesania tipica: tranne i casi di paralisi progressiva, di paranoia, d'epilessia, d'isterismo, d'alcolismo e d'infezioni, questa psicosia complessa e quasi sempre cronica avrebbe dovuto comprendere la grandissima maggioranza degli alienati, cioè tutti i dementi e tutti i possibili candidati alla demenza, anche se, guardando, riuscivano a sfuggirli. La vesania tipica, nella sua forma classica, si scomponeva in quattro fasi: melancolia, mania, confusione (Vesano erve) e demenza terminale. Se quest'ordine era scompigliato o se gli stadi erano ridotti di numero, magari ad uno solo, si aveva egualmente la vesania, benché sotto forma frusta. Insomma, ciò che fino allora si era chiamato col nome di melancolia e di mania non doveva più riguardarsi che appunto come una varietà incompleta del processo vesanico, sia che terminasse nella guarigione, sia che terminasse nella demenza.

Le idee di KANTHAUM furono raccolte da ARDIER e da altri alienisti tedeschi ed ora tornano a godere qualche favore. Nella loro indeterminatezza ed artificiosità esse contengono germi che non rimasero del tutto sterili. Per quanto la vesania tipica sia un fantasma privo di consistenza pratica, KANTHAUM ne seppe isolare felicemente due varietà molto importanti. Sotto la denominazione nuova d'ebfrenia egli aveva descritto quella forma della demenza giovanile che nel suo decorso tempestoso sfiora tutte le sindromi possibili e realizza veramente il concetto primario della vesania tipica. Sotto il nome di catatonie aveva raccolto nel 1874 un altro insieme di sistemi che, oltre ad atteggiare l'ebfrenia per la loro insorgenza durante la pubertà, si riattecchiscono al polimorfismo vesanico per il loro decorso lento e formoso. Ma il torto di KANTHAUM fu di voler arricchire il contingente della vesania con le spoglie della melancolia, della mania e dell'amenza, allora poco nota, togliendo ogni individualità a quei casi gemini e pari di melancolia, di mania e d'amenza che non hanno

nella di comune con la vesania. Eppure questi casi esistono e sono alla portata di qualunque osservatore: essi differiscono nettamente dalle forme, per quanto fruste e incomplete, di vesania per la semplicità e la purezza dei loro sintomi, per la costante prevedibilità del decorso, per l'esito inamovibile in guarigione.

La scuola di KRAEPELIN, allargando il concetto delle psicosi giovanili o portandone le frontiere dal dominio dell'elefrenia a quello della catatonia e delle demenze paranoiche, opportunamente staccate dalla paranoia, riuscì a costituire in una robusta unità le varie forme di demenza precoce. La demenza precoce di KRAEPELIN è, fino ad un certo punto, la risurrezione della *vesania typica*; ma fra queste due astrazioni vi è qualche notevole differenza. Intanto KRAEPELIN ebbe il merito di rigettare dai quadri della demenza precoce tutte le forme acute d'amenia (*Verwirrtheit*) che stanno bene in sé. Inoltre, invece l'aggiunta delle forme paranoiche, egli seppe basare indipendentemente dal decorso i caratteri statici della psicosi da lui raggruppati nelle sue non poche varietà. In tutto il resto i due quadri clinici della *vesania typica* e della demenza precoce si corrispondono, e la seconda non è forse meno sterminata della prima. Ed anzi la frequenza degli episodi depressivi e d'esaltamento che ricorrono nella demenza precoce doveva restringere la casistica della melanconia e della mania a profitto di questa unità nuova, ascerberata e proteiforme che, se veramente continuasse fino ai limiti voluti da KRAEPELIN, lascerebbe ben poco margine alle melanconie ed alle manie primitive.

Ma a scrivere, anzi a distruggere l'importanza clinica di queste malattie, KRAEPELIN introdusse in psichiatria un altro punto di vista. Secondo lui, la melanconia e la mania, tutti i casi precedenti, non si presentano allo stato puro che sotto forma periodica e — per lo più pronti- zomamente: in altre parole non sono due malattie acute e distinte, ma una malattia cronica, costituzionale ed unitaria con due facce diverse, per la quale propose il nome di *manico-paranico-depressiva*. Quindi ai casi di melanconia e di mania che si susseguono con un unico processo isolato, per lo più essi si riducono a fasi episodiche della demenza precoce. Solo nell'età senile si verificherebbe, come varietà clinica abbastanza frequente, una forma di melanconia non periodica e poco giacibile a tipo involutivo. Per la mania non valgono neppure queste sgarbate eccezioni.

Se si volesse adottare questo punto di vista, la melanconia e la mania, dopo un periodo acuto di splendore, dovrebbero l'una rimpicciorsi nello squalore d'una forma involutiva poco ben definita, l'altra scomparire dal novero delle malattie indipendenti. Sui ruderi delle loro sindromi da un lato crescerebbe a dimisura la casistica delle demenze precoci, dall'altra sorgerebbe una malattia nuova, ma equivoca e a varie facce, la psicosi manico-depressiva.

Alla psicosi maniaco-depressiva vanno ascritti, secondo KRAEPELIN, non solo i casi classici di *pazzia circolare* o a doppia forma ed alternante, che nessuno disconosceva, ma anche quelle forme di pazzia che si affermano: 1.^a con accessi non rigorosamente alterni di melanconia e di mania; 2.^a con accessi non rigorosamente periodici di melanconia o di mania (separatamente); 3.^a con recidive similari, ma a lunghissimo intervallo o in numero scarso, anche ridotte ad una serie di soli due termini; 4.^a persino con un solo accesso di melanconia (non involutivo) o con un solo accesso di mania, in quanto non si può escludere la parentela patogenetica e sintomatica di questi casi inaccessibili coi casi recidivanti o coi casi misti, o la possibilità che al primo accesso non ne segua d'altro, simile o dissimile, in un avvenire più o meno lontano.

La psichiatria dei nostri avi sapeva certamente il valore della distinzione clinica tra mania e melanconia, facendone i due fulcri della classificazione nosografica; ma il tentativo di KRAEPELIN in senso diametralmente opposto non è meno forzato. La sua argomentazione si basa sopra una serie contestata di passaggi, in parte evidenti, in parte ipotetici, dalla mania semplice alla mania periodica, alla psicosi maniaco-depressiva, alla pazzia circolare; e dalla pazzia circolare, volgendo in senso contrario, di nuovo alla psicosi maniaco-depressiva, quindi alla melanconia periodica ed alla melanconia semplice. Dando risulterebbe che mania e melanconia sono all'incirca la stessa cosa, cioè due aspetti della psicosi maniaco-depressiva, che è il termine fondamentale della serie.

Ora, il primo passaggio è abbastanza naturale. I casi di mania semplice (senza recidive) sono talmente scarsi, e quando si presentano sono così somiglianti ai periodici, ed è così difficile volervi una causa specifica o secondo all'indizio della diatesi costituzionale che sta a base certa (sebbene misteriosa) della mania periodica, che sembrerebbe artificiosa ogni separazione tra le forme di mania semplice e quella di mania recidivante.

Ma il secondo passaggio, in quanto attribuisce lo stesso valore agli accessi d'esaltamento ed a quelli di depressione, ha tutta l'aria d'una ipotesi inutile. Se anche la mania periodica e la psicosi maniaco-depressiva dipendessero dalla medesima causa, sarebbe sempre necessario ed opportuno studiare il perché e tener conto del come si manifestino con sintomi così sostanzialmente diversi. La stessa riserva si deve opporre al passaggio dalla melanconia periodica alla psicosi maniaco-depressiva. La melanconia con recidive similari (melanconia più o meno periodica) è un fatto dei più comuni, e coglie con frequenza straordinaria persone di carattere serio e del tutto immuni da tendenze maniache. Collocare questi casi di melanconia, in cui la diatesi melanconica si rivela così oscuramente senza ombra d'eccitamento maniaco, tra le varietà incomplete di psicosi maniaco-de-

pressiva solo perché una simile miscela di sintomi si verifica qualche volta in altri individui, è un vero abuso di ragionamento.

Anche l'ultimo passaggio dalla melancolia periodica alla melancolia pura non è molto ovvio. Se si deve riconoscere che i manici sono quasi sempre cavalli di ritorno, non si può dire lo stesso di tutti i melancolici. Al contrario, vi è un buon numero, in cui l'accesso depressivo non si riproduce. Quando nel corso d'una vita lunga e serena si trova un lutto ed unico episodio di melancolia sono l'azione d'una causa esogena (lutto, economiche, come sarebbero una serie di sventure gravissime e ravvicinate, un puerperio infelice, un'emisia profonda per emorragia, un allattamento manicante) si deve concludere che la predisposizione personale o innata del tutto od è così debole, da potersi trascurare. In questi casi la melancolia non si allontana dal novero delle psicosi acute e non merita d'essere classificata gratuitamente fra quelle che provengono da cause interne, né d'andar confusa con le forme periodiche e miste.

Di tutta la contrazione, più dubbia che clinica, finora esposta non restano in piedi che alcuni principi: 1.^o che le manie pure, a differenza delle melancolie, sono assai soggette alle recidive e forse dipendenti sempre da una datales interna; 2.^o che le psicosi circolari con alternative cicliche di melancolia e mania possono assumere frequentemente la forma frusta o di psicosi manico-depressive; 3.^o che alcuni casi di mania con psicosi recidive miste possono sul più bello, per esempio al terzo o quarto accesso, tramutarsi in psicosi manico-depressive per l'improvvisa comparsa di un accesso melancolico; 4.^o che la stessa melancolia può manifestarsi, per verità assai di raro, dopo una serie di accessi maniacali.

Queste eventualità cliniche straziano certamente i rapporti fra mania e melancolia, attenuando l'antagonismo, ma non tendono a sopprimere l'autonomia di due psicosi così diverse nelle loro sindromi e così frequentemente incompatibili in una stessa personalità come sono appunto la melancolia e la mania. Uno spoglio statistico di Gucci sopra 1123 fra melancolici, misti e manico-depressivi, che passarono pel manicomio di Firenze dall'anno 1844 al 1898, dimostra che l'attesi recidivate sempre con mania 423 casi, sempre con melancolia 498, con mania e con melancolia insieme soli 262. Si sono dunque avuti 921 casi nei quali si è ripetuta più volte la stessa od identica sindrome morbosa contro 262 nei quali in due sindromi si sono frammischiate.

Si deve dunque concludere che esiste una datales sindromica, che esiste puramente una datales sindromica, e che l'associazione delle due sindromi è un fatto più o meno frequente, ma tutt'altro che ordinario. Quanto alla melancolia, essa può manifestarsi anche in forma mista, con un accesso

solo, per una causa esterna e quindi indipendentemente da qualunque dantesi. Invece l'accesso maniacale ha un significato più decisamente costituzionale dell'accesso melanconico, sia perchè si rinnova più facilmente, sia perchè non è mai legato con cause morali. Ma che melanconia e mania si possano presentare come psicosi a sè, in forma acuta e per cause accidentali lo dimostra il grandissimo numero di melanconici e di maniaci che, entrati per la prima volta nel manicomio o licenziati come guariti, non vi fecero mai più ritorno in uno spazio di tempo lunghissimo. Delle ricerche già citate di Greco risulta che in 55 anni, mentre 1126 fra melanconici e maniaci rientrarono, dopo la prima guarigione, una o più volte in questa folla che sa quanti cento dementi precoci¹⁾, vi furono ben 2419 individui che, guariti da un unico accesso di melanconia o di mania, non rientrarono. In parte (sia pure) per morte o per emigrazione, ma in parte ben maggiore per avere fortunatamente evitato ogni e qualunque recidiva.

Riconoscendo l'affinità delle psicosi affettive, ma anche l'opportunità di tenerne distinti i vari quadri clinici, noi descriveremo:

A) Le psicosi affettive a tipo acuto e da causa prevalentemente esterna	Melanconia (con una o pochi accessi isolati, abbastanza frequenti). Mania (con uno o pochi accessi isolati, rari).
B) Le psicosi affettive a tipo cronico e da causa prevalente interna	Melanconia periodica (con molti accessi isolati e ricorrenti a scadenza piuttosto regolare). Mania periodica (analoga). Furelie croniche (con alterazioni più o meno regolari di melanconia e di mania).

Da questo schema si scorge che, per poter farci un'idea sulla natura d'una malattia affettiva in rapporto con la sua causa determinante, cioè per decidere se si tratti d'una forma unecessuale o d'una forma periodica, noi siamo costretti ad attendere caso per caso lo svolgimento, le riprese e le metamorfosi insidiate nel corso d'una vita intera. Il giudizio diagnostico, che sarebbe tanto utile, in quanto implica la prognosi, non può pronunciarsi *a priori* sopra l'esame dei sintomi, che sono sempre gli stessi, ma solo *a posteriori*, quando sia passato un tal numero d'anni, da permettere o di volere in atto la riproduzione del primo accesso o di escludere ogni probabilità di recidiva.

Il solo criterio che autorizzi a classificare una melanconia od una mania

tra le psicosi costituzionali è dunque quello della sua *periodicità* accresciuta ed eccitata. Un criterio subordinato o del resto infido sarebbe anche quello della sproporzione fra la presunta causa occasionale e la gravità della reazione affettiva. Tanto l'uno come l'altro di questi criteri non ha, come abbiamo indicato, che un valore individuale; ed anche in così modesti limiti d'applicazione il giudizio non sarà mai assoluto. Infatti, come si fa a raggiungere la misura del disturbo affettivo alla causa incede o interviene che sembra averlo prodotto? E, dato il criterio della periodicità, come distinguere due recidive, che si sono ripetute per ripetersi delle stesse cause occasionali, da una breve serie di accessi dovuti ad una causa interna ed imminente? Per dire il vero, l'esistenza d'una causa costituzionale è quasi totalmente al riparo da incertezze in tutti i casi di psicosi a doppia forma, per pochi che sono gli accessi. Ma di fronte alle melancolie ed alle mani che si svolgono con accessi similari in piccolo numero e con intervalli di venti o trent'anni, è sempre lecito il dubbio che il puro caso, rimuovendo l'azione della causa esterna, abbia potuto rinnovare anche l'effetto.

Del resto, l'identità della patogenesi fra tutte le psicosi affettive, che KRAEPELIN ha voluto riconoscere nell'unità clinica d'una pertesa forma maniaco-depressiva, non ha che un interesse teorico. Praticamente, per la felicità del malato, per la maniera di curarlo e per le cautele da adottarsi in previsione dell'avvenire, contano assai più la frequenza o rarità degli accessi e la distinzione tra accesso melancolico ed accesso maniaco, che la loro confusione nello stesso crogiuolo della psicosi maniaco-depressiva. Tra chi va incontro ad un accesso di melancolia e potrà soffrire un'altra volta in capo a quarant'anni e chi soffre quasi ininterrottamente di accessi similari di melancolia o di mania, la differenza è troppo grande per venir superflua dall'ipotesica analogia delle cause morbose.

1. — Melancolia.

Col nome di *melancolia* o di *ipomania* (Εὑμανία) si designa una sindrome esclusivamente o prevalentemente affettiva che decorre in modo acuto o subacuto, e la cui manifestazione essenziale è una morbosa ed ostinata tristezza. Ha un lato, cioè nello suo forme leggere, la melancolia si scosta poco dalla normalità; e tanto meno poi, se come movente decide del processo melancolico, si può accampare una disgrazia realmente avvenuta. Dell'altro lato, cioè in quanto può complicarsi con disturbi gravi del ragionamento e della coscienza, la melancolia è capace di simulare i sintomi della paranoia, dell'amaurosi e di altre malattie ner-

tali che intaccano profondamente l'intelligenza. Con tutto ciò, essa conserva sempre il proprio carattere, che è dei più tipici e che non permette alcun equivoco di diagnosi. Nella melancolia le irregolarità dell'ideazione e della condotta, se ve n'è, sono sempre d'origine sentimentale.

SINTOMI.

DOLORABILITÀ PSICICA. — La tristezza del melancolico ha la sua sorgente perenne in una speciale dolorabilità psichica. Ogni impressione che arriva alla coscienza determina o piuttosto rischiarisce uno stato d'animo più o meno spiacevole e duraturo, che dal semplice tedio o spleen può andare fino all'angoscia. Questo dolore psichico è alimentato e reso continuo dalla frequenza inevitabile con cui si seguono i molteplici stimoli del mondo esterno. Per quanto il melancolico cerchi d'isolarsi il più che è possibile, è esposto incessantemente a cause innumerevoli di dolore; le impressioni più indifferenti gli riescono disgustose, le più gradite hanno perduto la proprietà di far vibrare il suo cervello piacevolmente. Alle importazioni desolanti del di fuori si aggiunge il lavoro interno dei processi associativi, che è costantemente orientato verso le rappresentazioni dolorose e sinistre. Le interpretazioni, le reminiscenze e le previsioni, sia che si riferiscano alla propria persona, sia che riguardino gli altri, si ispirano al più disperato pessimismo: per una specie di affinità elettiva, vengono evocate e fissate nella coscienza tutte le immagini più lugubri, mentre sono respinte o non si affacciano le altre.

Le interpretazioni, le reminiscenze e le previsioni, sia che si riferiscano alla propria persona, sia che riguardino gli altri, si ispirano al più disperato pessimismo: per una specie di affinità elettiva, vengono evocate e fissate nella coscienza tutte le immagini più lugubri, mentre sono respinte o non si affacciano le altre.

Il melancolico, vittima di questa selezione interna delle immagini, non solo si sente infelice, ma perde anche la capacità di rappresentarsi nettamente ciò che rallegra o conforta la vita. Finchè non è liberato dalla melancolia, non solo è infelicissimo, ma, per un errore di prospettiva, spesso si convince d'essere sempre stato infelice, crede di dover restare perpetuamente sotto l'incubo del dolore, e rinvia nelle persone che lo



Fig. 184. — Melancolia con vita espressioni di tristezza; delirio ipomaniaco.

circondano altrettanti «venturati», che solo per un eccesso di spensieratezza possono qualche volta compiacersi d'una felicità effimera ed apparente.

Se la malattia non oltrepassa questo primo grado d'intensità, come avviene spesso, e se per di più il malato è molto intelligente, essa può rendere l'indagine introspettiva e suggerire un pessimismo abbastanza co-



Fig. 110. — Melancolia semplice.

rente, che in casi eccezionali si eleva ad altezza lirica o filosofica. Ma il risultato ultimo è sempre una perdita, perché le «costruzioni melancoliche», per quanto logiche, sono paradosse ed unilateralì, ed impediscono tutto il lavoro creativo che potrebbe svolgersi all'indietro dal tema «obbligato del dolore», ossia finiscono per circoscrivere il campo intellettuale.

I malati, astruendo sempre più dai loro rapporti con gli altri, non si curano più di distinguersi, non riescono a non sentirsi di dissimulare, provano anzi un sollievo nel comunicare al primo venuto le proprie sofferenze; talvolta si proclamano da sé stessi fortunati o contenti alla pazzia. È questo il solo argomento che possa renderli attenti e

inquieti. Ma, a lungo andare, la ruminazione monotona di pochi idee dolorose genera un sentimento subiettivo di vuoto, che diventa un nuovo incentivo alla melancolia. Il melancolico s'infastidisce di dover ascoltare la propria voce, d'essere spettatore necessario dei propri pensieri, di assistere per forza agli atti che è spinto a compiere dall'abitudine e che compie involontariamente come se fosse investito da un estraneo d'una missione fastidiosa ed inutile.

A questo punto il fermento della sua tristezza cessa persino di risvegliare interesse; non ne parla più; non si cura d'attenuarlo, ha perduto ogni fede nei suoi vecchi conforti, si chiude in una disperazione cupa

e minacciosa. Come nelle nevralgie la parte dolente s'immobilizza, così avviene nella melanconia riguardo ai centri delle volizioni.

Un simile aggravamento può presentarsi come una seconda fase della malattia o come una breve crisi che ricorre più o meno spesso o nelle ore del mattino o nel cuore della giornata. Durante l'imperversare di queste crisi o di questa fase della malattia i sentimenti, per solito assai affettivi del melanconico, subiscono una brusca compressione o persino un'inversione. Mentre un grado di melanconia non molto spinto esagera nei malati l'attaccamento per la famiglia e le rende carezzevoli, remissivi, facili al pianto, pronti a commuoversi per motivi i più altruistici, non appena la sintomatologia si esacerba, il melanconico diventa in differente verso i suoi, è talvolta insulterante, ribelle e persino amnesco.

Dipende dal temperamento individuale dei malati se la melanconia acquisterà piuttosto una tinta irritabile od una tinta patetica. Però il melanconico irritabile si sente subito, talvolta anche esageratamente, delle proprie esandemonie, e talvolta di tenerezza verso le persone che ha offeso; d'altra parte ogni melanconico patetico è suscettibile d'improvvisi irritazioni. L'irritabilità d'animo si manifesta o gravemente sulle persone, od anche in modo abbastanza modesto con atti d'impazienza sopra oggetti fragili o lacerabili.

Certamente anche l'uomo normale, sotto l'influenza d'un trauma psichico, si sente ruminare ad ogni tratto il ricordo doloroso; lo ritrova svolgendosi; si addormenta con esso; lo lleva sulire, ospite importuno ed insistente, che attraversa, che interrompe, che spesso riesce a sovrappellare la corrente logica dei suoi pensieri e delle sue azioni. La tristezza di quel ricordo incoercibile si diffonde in tutto l'orizzonte mentale o non è senz'effetto sui processi inconsci. Ma un simile stato d'animo non si produce nei normali che in rapporto bene accertato con una sventura grave, come la morte dei figli, l'amore contrastato, il disonore, un rovescio di fortuna, la prigione, l'esilio forzato; e non si prolunga mai oltre qualche tempo, e difficilmente raggiunge la continuità senza tregue della melanconia morbosa. Il dolore psichico, per quanto intenso, che provenga da cause psicologiche o che si mantenga in limiti fisiologici di durata, ha dunque un carattere meno profondo; si riflette in certo modo ad un disturbo locale; all'infiammazione del cervello, l'organismo non vi interviene che in minima parte; e dalla senescenza presso che inalterata partorisce



Fig. 100. — Melanconia con esandemonia dolorosa ed attiva.

frequenti richiami ai bisogni ed ai piaceri della vita materiale, che iniziano il processo di riparazione e cancellano prontamente gli effetti del negativismo morale.

Il dolore dei melancolici risveglia invece, come vedremo, un conseguenza generale di tutto il corpo, che in parte è l'irradiazione del trattamento corticale, in parte è forse l'indizio d'un disordine generale che si rende forse più intenso o più appariscente nel cervello, ma senza localizzarsi in maniera esclusiva. Nella stessa cerchia delle reazioni psichiche, il dolore moribondo dei melancolici si contraddistingue dal dolore fisiologico dei normali per una tendenza spiccata ad esortare dal campo puramente affettivo in quello del ragionamento, pervertendo i giudizi, ed anzi arriva al punto da creare abissazioni, spesso allucinazioni e deliri o da trascinarsi ad azioni morbose.

Il dominio incontrastato delle idee dolorose impone un nuovo indirizzo nelle opinioni e nella condotta del malato. Il melancolico è conflitto: diventa bigotto, avaro, pusillanime, e si perde negli scrupoli della casistica morale, condannando colpe giovanili di minima o di dubbia importanza. Il meno che possa fare è di lagnarsi della perdita decadente a cui viene incontro la sua forza muscolare, la sua memoria, la sua penetrazione, la sua abilità professionale, il suo nome proprio, il suo altruismo. Spesso questi malati vanno più in là, e sostengono di non aver mai avuto abilità o merito di sorta, d'aver compromesso la famiglia, di non amare nessuno.

Può darsi che magari si scatenano o perché, temendo che il racconto genuino della loro sofferenza trovi degli increduli, procurino d'accusarsi, sia pure con la menzogna, un maggior tributo di compassione, o perché ed è il caso più frequente, avendo concepito una specie d'odio verso sé stessi, provino ad amare compiacendo nel calunniarsi. Questo fermento dell'auto-risprovero è comunissimo in quasi tutti i melancolici, che vengono così a trovarsi in opposizione con l'egoismo naturale, in uno stato d'affondata parafossale, di *ajudée poubée*, per cui risentono una specie di volontà nel fare strazio di sé stessi.

Non è facile analizzare caso per caso gli abissi di queste contraddizioni; però il più della volte gli auto-risproveri non rivelano un'intima persuasione di colpa, quanto piuttosto il proposito d'una volontaria mutazione morale. In ogni modo il melancolico, a furia di torturarsi coi suoi scrupoli ipercritici, cade lentamente alla suggestione delle proprie parole, e credendo a ciò che ha inventato, si persuade di meritare veramente quel disprezzo che aveva cercato d'inspirare agli altri. Così dal semplice pessimismo passionale si procede verso il *dolore paranoide*.

La tristezza melancolica conduce a gravi complicazioni psichiche per

ate strade diverse: da un canto, per gradazioni crescenti di perversimento nell'azione, trascina, come abbiamo accennato, ai deliri paranoici; dall'altro, per gradazioni crescenti di perversimento nella condotta, avvolge i malati nel così detto *expens*, che è appunto un delirio d'azione.

Drama. — Tra i deliri melanconici, il più caratteristico è quello di *povertà*. Né un largo censo, né l'evidenza dei registri, né la realizzazione di enormi risparmi valgono a togliere di mente al melanconico (che in questo caso è spesso un ricco avaro) la costituzione della miseria. Talvolta non è soltanto la miseria, ma la rovina economica e morale insieme: il fallimento, la prigione, il supplizio completano l'odissea delle sue sventure, e l'inferno «bigottito» crederà che i suoi beni sono confiscati, che il portinaio è un agente di polizia, che gli infermieri del manicomio sono secondini o carceristi.

Un sentimento invincibile d'indignità ispira anche altri deliri, per esempio quello di *destinazione*, per cui i malati si credono destinati od anche già «collegati all'inferno», il delirio di *astinenza*, per cui respingono ogni cibo, ritenendosi immonitevoli di vivere o di mangiare. Nei tempi antichi era frequente la *lycantrypia*, ossia il delirio d'essere convertito in una bestia, delirio di cui la tradizione vuole che abbia sofferto Salmacodromos, e che era favorito dai pregiudizi sulle metamorfosi e sulla metempsicosi. Un saggio di psicologia disperata con deliri susseguenti è dato dalla seguente lettera che un melanconico, ora guarito, dirigeva alla propria moglie:

— *Excusez-moi!*

A. Aubé. / *L'Esprit* (1900).

«Ti scrivo col cuore in pezzi pensando quanto dolore vi ho arrecato. Perdonatemi, ve ne scongiuro, e pregate il Signore che mi faccia ritornare in seno alla mia cara famiglia. Sarò buono, avrò cura di voi più che per lo avanti, vi amerò, starò sempre vicino a voi, ve lo prometto. In quanti peccati io sono colpevole! Ti sposai per renderti felice ed invece ti ho cagionato infiniti guai! Tu mi dici che noi sono dimenticato di voi: a momenti lo credo, e ciò mi spaventa. Ma non lo credete, se vi ho sempre nell'anima, io penso sempre a voi; e se non scrissi, la perché credevo di non essere più in tempo per ottenere il perdono di Dio. — Ho creduto di essere dannato e per sempre, ho creduto di non essere al manicomio, ma all'Inferno. Toglietemi da questo dubbio atroce. Ho creduto che i miei figliuoli morissero di fame e di sete, di miseria: è un sogno ed è così? Ma disgraziato! Il Signore mi aveva dato tutte le felicità; un angelo di sposa, dei figli adorabili che mi amavano e non volevano che me, dei parenti buoni, premurosi. A nulla ciò valse, fui cattivo, disprezzai il Signore, ed egli mi ha punito.

Tu, che sei tanto buona, prega la Vergine Santissima che mi perdoni, che abbia compassione della mia famiglia, di te, dei miei figliuoli, di quel poverino di Camillo, poverino, che piangeva in mia e in tua disgrazia.

Prega la Vergine, dalla che sono pentito, che cambierà vita, che mi esenderà, che mi chiuderà magari dentro ad un convento, pur di salvare la mia anima e la vostra.

Non sono degno di farti. Bacia i miei cari bambini e credimi il tuo infelice zio.

Arrivato

P. S. Nel leggere la presente non ti rattristare; la scrissi in un momento di dolore: ho desiderato vivissimamente di rivestervi almeno una volta. Perdonami se mi azzardo a mandarti tanti baci. Addio, addio o.

In altri malati si manifesta la paranoia, ossia uno sgomento collettivo d'ogni cosa, con tremore generale e con tutte le altre espressioni comuni della paura. Vi sono melancolici che credono erroneamente di pazzia, d'infettare tutto ciò che toccano, d'assolere nell'alto (spesso redimono viziosi) d'esercitare una specie d'influenza facile sulle persone che amano; delirio di censure ovvio, che è una variante più moderna della democrazia o delitto degli indemoniati. Altri melancolici sono tormentati dallo spettacolo d'immaginarie torture a cui vedono esposti giornalmente i loro figli; li credono sotto processo o morti o in prigione; rassicurati dalle presunte vittime, lamentano che si voglia ingannarli con una pietosa bugia o che la catastrofe sia semplicemente rimossa all'indomani: delirio di coerenza a forma ossessiva.

Raramente il paranoico melancolico confonde al delirio (psicodramma che, presupponendo la convinzione d'una malattia, sembrerebbe escludere la colpa o l'indegnità, tuttavia anche questa forma di delirio può essere l'espressione d'un rimorso incolore o riferirsi alla colpa, vera o falsa, dell'ottimismo, d'un conflitto implicito, d'un pensiero perennemente. Meno frequente d'ogni altro e fra i melancolici il delirio di persecuzione, che in ogni modo si manifesta sotto una forma umile, supplichiere e ben lontano dalla ferocia delle costruzioni paranoiche. Infatti il melancolico si scusa preventivamente d'incapacità immaginare; ma lo crede motivato dalle apparenze, non dettato da melanismo. Perciò non prova verso gli accusatori che un risentimento miteiore, ed è il vero contrapposto del perseguitato perennare, che prende sempre l'offensiva e vuole giustizia, non indulgenza.

I vari deliri dei melancolici sono tutti radicati nel un fondo comune di stereotipo, e devono considerarsi come eccezionali o spuri i pochi casi di delirio senza alterazione della personalità. L'umiltà del melancolico, se non si passa in dichiarazioni esplicite, si tradisce nella serietà esagerata, nell'assenso quasi servile alle opinioni ed ai consigli del primo venuto, nell'abitudine di non offrire la mano ad alcuno o di non parlare che interrogato. Quest'umiltà di parola non impedisce al malato

di ritirarsi, benché dolcemente, nell'inerzia, nelle penitente e nei deliri che sono il frutto della melanconia, senza dare alcun ascolto alle persone « cui si mostra così rispettoso. L'origine di tali deliri è profondamente sentimentale e perciò non conosce risorgimento, né si arrende ad autosuggestioni di nessuna specie.

Che il delirio melanconico non abbia origine in errori dei sensi, lo prova anche la rarità delle allucinazioni. Le allucinazioni complesse, scene terribili, visioni d'eccidi, di supplizi, di processi, di saccheggi, non si producono che negli stati di stupore, quando la coscienza è profondamente sconvolta e la mente degli infermi è quasi del tutto separata dalla realtà. Invece il caso più ordinario è quello di allucinazioni elementari senza alcun delirio, e più precisamente di un rombo continuo, che l'infermo identifica benissimo per quello che è veramente, cioè per un acustico subiettivo, il rombo agli orecchi o ad un solo orecchio è spesso l'effetto materiale di disturbi vasomotori ed anche dell'anemia. Le allucinazioni elementari d'altri sensi, sotto forma d'odore, cattivi sapori, punto indeterminato, sono del tutto eccezionali.

ADULTA E DOUBTAY. — In tutti i melanconici, salvo i dissimulanti, sono notevoli certe irregolarità di contegno, e specialmente, come fu già accennato, la ripugnanza da qualunque iniziativa. Qualche volta l'inazione non deriva da assoluta abulia, ma dall'incertezza, ossia dal conflitto di parecchie volizioni contrastanti, nessuna delle quali è abbastanza intensa per aver vittoria sulle altre: melanconiche perplesse di LANTIER. Si tratta dunque d'una vera forma di *distubia* con un fondo d'*ipobolia*.

I malati semplicemente ipobolici trascurano i loro doveri, non escono di casa e durano nell'immensa fatica a comporre gli atti più ordinari; parlano poco, a volte sommessi e lentamente; e nei casi più gravi stentano persino a rispondere o non pronunciano che pochi monosillabi appena intelligibili. Quanto ai malati distubici, la loro condotta si riassume nell'indisisione. Mossi, per esempio, al brivio o di continuare la gestione dei propri affari o di cedere la procura ad un unico fiuto, riconoscono la giustezza del dilemma, ma non hanno sufficiente energia per prendere una decisione né in un senso, né nell'altro; per cui lasciano, fra rassegnati e disperati, che tutto vada in perdizione. La stessa incertezza insuperabile prevale di fronte alle decisioni inconcludenti di tutti i minuti, agli abiti da indossare, alla posizione da scegliere, al modo di prendere un ciocchiato o di dare una stretta al mano o di spedire un biglietto.

La commistione spasmodica del proprio dolore interno assorbe i melanconici in maniera da renderli disattenti a tutto il resto. La loro distrazione è in parte volontaria, perché ripugnano *a priori* da qualunque impressione nuova che possa rompere il sadico incanto del loro mono-

stismo. Per ottenere che diano una risposta, che alzino un braccio, che sporgano la lingua, bisogna — nei casi gravi — darne loro il comando in forma categorica e ripetuta; per farli camminare bisogna spingerli. Spesso, nella loro passività, vorrebbero ribellare; ma non possiedono già l'energia che basta neppure per fare ciò che vogliono gli altri. Così i malati diventano negletti negli abiti e nella persona, non si lavano più, e spesso rifiutano il cibo, indipendentemente dal delirio d'indignità o dal proposito del suicidio, solo perchè non possono sopportare la fatica di masticare e d'inghiottire.

In tali frangenti la melancolia precipita allo stato sfrenato e si avvicina alla forma stupida dell'amentia; ma se ne distingue per fatto che la coscienza non è interamente sospesa, o che il malato, per quanto la sua vasta dolorosa sofferenza un'attenuazione, non cessa dal soffrire di allucinazioni spaventose o spaventoli, che è in grado di ricordare sommariamente quando il periodo di stupore è terminato, appunto per la loro coerenza.

L'imitazione melancolica implica sempre un certo grado di resistenza, per cui la sua passività non è completa e può prendere l'aspetto della contumacia. Talvolta è una catatonia parzialmente parziale, che consiste per esempio nella ossessiva fissazione del capo sul petto. Quest'atteggiamento è senza dubbio il preludio d'una volizione morbosa e permanente, non già d'una contumacia involontaria, come riconoscono gli stessi malati quando ritornano allo stato normale.

La resistenza d'ogni iniziativa è insieme la pertinacia della volontà in senso negativo si afferma vivamente in quella strana forma di catatonia che appunto si designa col nome di negativismo. Il melancolico, che non è capace di compiere il più piccolo sforzo per un impulso proprio, diventa il più valido ed accanito oppositore di fronte ai movimenti passivi ed alle suggestioni altrui, per quanto possa essere persuaso della loro utilità ed innocuità, rifiuta il cibo che gli si porge e che disolema; se si cerca se si vuol capirlo e viceversa; non sa né obbedire, né comandare, ma solo disobbedire sistematicamente e costantemente per una specie di reazione paradossale della volontà.

Le scene più orribili e sanguinose, rappresentandosi alla mente del melancolico come semplici possibilità e ripresentandosi come immagini avverate per la loro emersione, si trasformano qualche volta in autoaccensione volente. L'ossessione, non trovando che scarsa resistenza in un cervello esaurito ed attonito, diventa così impellente, da spingerlo con fatalità irresistibile all'ossessione degli atti corrispondenti, alle stragi cieche, alla mutilazione dei genitali, al suicidio nelle forme più raccapriccianti. Quando ciò avviene, il malato, immerso in un'idea esclusiva e dominante, perde la ragione d'ogni altra cosa e si trova in uno stato molto prossimo al-

l'incoscienza. E infatti, dato sfogo all'azione e passata la crisi, non ricorda più l'accaduto o lo ricorda in modo inesatto e incompleto. L'atto incosciente si svolge rapidamente, automaticamente e violentemente, come una scarica epilettica, e prende il nome di *rapida melancolica*.

Sotto l'influenza d'un *raptus*, si vedono malati finalissimi avventarsi suicida o senza collera contro persone inoffensive che non conoscono; inferire contro nemici improvvisati; precipitare dalla finestra coi figli in braccio; dar fuoco al proprio letto dopo esservi conati col corpo spalmato di petrolio. Qualche volta il melancolico è trascinato all'azione delittuosa suo malgrado per un'allucinazione imperativa o per bisogno di peccare a tutti la propria indegnità o con la speranza di farsi condannare o morire.

Tutti i melancolici, malcontenti come sono della vita e sfiduciosi di poterla mai migliorare, si devono riguardare come candidati al suicidio; ma non bisogna confondere i casi di suicidio cosciente e meditato con le forme maltriste di suicidio per *raptus*, che si verificano in pubblica senza alcuna preparazione.

Si possono considerare come in stato di *raptus* prolungato i melancolici agitati, che gemono, si dilanano, si graffiano, si mordono la lingua, si strappano i capelli, in preda al più spaventoso che si vede scolpita in tutta la loro fisiognomia. Anche in questi casi i malati sono quasi incoscienti; non ascoltano, non comprendono, non ricordano. L'agitazione può continuare giorno e notte per settimane e mesi e condurre ad un rapido e profondo dimagrimento. Ma non è facile che la melancolia raggiunga questi estremi; e le forme agitate di depressione sentimentale sono poi spesso proprie dell'evoluzione senile.

Altro sintomo. — Un sintomo importante della melancolia è la cosiddetta *angoscia precordiale*, che può complicare il quadro dell'agitazione e preludere al *raptus*. Ma l'agitazione ed il *raptus* non sono punto frequenti: invece l'angoscia precordiale, almeno in forma rudimentaria, è un sintomo assai comune, e sono pochi i melancolici che ne vadano del tutto esenti. Infatti, al primo manifestarsi della melancolia, i malati sentono spesso un non so che di molesto alla regione del cuore, che si esacerba e diventa quasi dolore ad ogni contrarietà, per piccola che sia: l'aspettativa della posta, di un giornale qualunque, d'una persona indifferente, la pioggia, un rumore improvviso riecheggiano subito questa sensazione penosa.

Una sensazione affatto simile si produce spesso all'epigastrio anche nei sani, ma momentaneamente, per l'attesa d'una sentenza nell'anticamera d'un tribunale o nell'aula d'una scuola. Invece la reazione improvvisa e favorevole d'una situazione penosa o d'una impresa avviata con timore

si esaltazione determina un effetto opposto, un vero *glacé* precordiale. L'angoscia precordiale non è dunque che l'esagerazione d'un riflesso fisiologico.

Talvolta è così continua e così grave, che per mesi interi si estrinseca con gemiti più o meno rumorosi ad ogni espirazione, non sospendendosi che durante il sonno. Oppure si hanno attacchi simili a quelli dell'angina pectoris, i malati provano la dolorosa dilatazione d'un nodo in mezzo al torace o alla regione mammaria di sinistra, d'una sensazione crescente, d'una minaccia alla vita. Talvolta si credono colpiti da cardiopatia ricatale, ma l'ascoltazione non rivela alcuna irregolarità, mentre una leggera tachicardia con respiro superficiale.

Dopo la dolorabilità psichica, il sintomo più caratteristico della melanconia è l'insonnia. Non s'è infanzuocato che non ne soffra e non se ne lagui come del maggiore fra i suoi tormenti. La *tristitia* ordinaria del malato si fa gigante nella solitudine interminabile della notte: le campane delle chiese gli risuonano nell'anima come un rimbalzo sinistro; più tardi i rumori del mattino e la luce irridia dell'alba gli arrivano come un rifiuto disgustoso alla vita sociale che lo riprende col suo ingranaggio crudele.

Malgrado la quarantotta di un'altra notte insonne che s'approssima, e malgrado il maggior accumulo di fatica, quasi tutti i melanconici si sono addormentati verso sera; sono le loro ore più sopportabili. Il momento di coricarsi è quasi piacevole. I malati pregustano la dolcezza nirentica, per quanto breve, dell'incoscienza; talvolta s'immaginano di poter addormentarsi per sempre; e in realtà s'addormentano subito, dormendo un sonno tranquillo e leggero. Disgraziatamente questo sapere incompiuto non dura più di un'ora o due, e cede al posto al più amaro dei risvegli. L'insonnia è più grave al principio della malattia, e spesso ne è il segno prodromico; si attenua anche per l'uso degli ipnotici negli stadi ulteriori, fino a permettere qualche o cinque ore di riposo, o più ore di sonno prima che la tristezza melanconica sia completamente dissipata, ciò che costituisce un ottimo auspicio di guarigione.

L'appetenza è un sintomo meno costante dell'insonnia: di raro conduce fino alla sazietà, che è piuttosto l'espressione d'un delirio o della semplice follia. Di solito l'appetenza scompare nelle prime settimane e può dar luogo ad una certa talassia. Per lo meno, è frequente che i melanconici si sentano venir meno se, come i nevropatici, non si procurano più volte nella giornata qualche alimento, e di notte sono costretti a tenerne preparati accanto al letto. La soddisfazione immediata che ne ricavano è scassa, e la digestione laboriosa; il melanconico è graditissimo. Talvolta i malati si sforzano a mangiare ed anche a bere alcoolici con

l'illusione di sedare il loro dolore, ma non vi riescono ed anzi l'aggravano. È assai meglio consigliarli od anche obbligarli all'astensione completa dal vino e dai liquori.

Più comune e più ostinata dell'anorexia è la *sténocœzia*. Sono ben pochi i melancolici che non ne soffrano, e qualcuno se ne preoccupa a segno da trarne argomento a deliri ipocondriaci. L'intestino è tappato, i cibi si accumulano all'infinito nello stomaco, la soffocazione è imminente: e così il melancolico, stitico e delirante, diventa *sténocœzo*. In ogni modo, la sua lingua è sporca, l'alito è viziato, e non è rara la coprostasi. L'afasia intestinale, benché nella gran maggioranza dei casi non provochi alcuna conseguenza diretta sul meccanismo del ragionamento, aumenta il malessere dei melancolici e forse vi aggiunge un nuovo coefficiente autossico, che va combattuto giornalmente con purgativi autocustici.

Non sempre nei melancolici è sospeso il sesso generico: anzi qualche volta è sovraccitato. Tuttavia, se anche la tendenza al coito, alla masturbazione ed ai perversamenti sessuali è morbosamente esasperata, ciò non toglie che la volontà sia straordinariamente diminuita. Gli eccessi, scompaggiati da volontà e seguiti da prostrazione psichica e fisica senza alcuna soddisfazione o compenso, aggravano le condizioni obiettive e subjettive dei malati. Nelle donne, la melancolia può generare strappi ed ossessioni d'ordine sessuale, che non conviene forzare: per esempio l'orrore del coito od anche ingubi mortali ad atti illeciti d'eroticismo, che svegliano acuti rimorsi e vanno a carico del sequestro.

La melancolia, essendo una sindrome affettiva, dimostra la natura esatta delle sue gradazioni anche nella fisiognomia dei malati. La fronte dei melancolici è increspata; le sopracciglia sono ravvicinate ed oblique, perchè è rialzata la loro estremità mediale; gli angoli della bocca sono stirati in basso per la contrattura dei muscoli triangolari; e i due solchi naso-labiali appaiono poi profondi come l'incrinamento della bocca. (fig. 104, 106). Quest'espressione minima della tristezza, che il melancolico non può nascondere, si esagera o si attenua con oscillazioni variabilissime secondo le vicende della malattia, e non si cancella interamente che quando è smantata senz'altro l'ora della guarigione.

Anche lo sguardo è straordinariamente espressivo: smarrito, grave, tervo o concentrato, a seconda dei casi o dei momenti. I gesti sono faticosi. L'interesse irrisolto. Il contegno dimesso o imbarazzato.

Nelle donne è spesso sospesa o scarsa la secrezione. La secrezione del sudore, anche indipendentemente dall'immobilità, è quasi nulla; l'eccezionale dose di pilocarpina non bastava a provocarla (SROGNIER).

Sembra che i melancolici, specialmente nello stato attento, presentino spesso un aumento della resistenza alla corrente elettrica (ROZINSKIICH e TOUTCHET).

DECORSO E TARIETÀ CLINICHE.

La melancolia comincia con insensia e tristezza, i suoi due sintomi fondamentali ed inseparabili: l'uno e l'altro vanno crescendo con progressione lenta. Per qualche settimana la malattia, se anche si aggravava più tardi, non esce dalla cerchia dei disturbi puramente affettivi, e gli infermi conservano intieramente la propria lucidità. Anzi nel 60% dei casi la osservano sempre. Ma in capo a due o tre mesi la tristezza melancolica raggiunge il suo apice, ed è in questa fase tempestosa che possono presentarsi le complicazioni: il delirio, lo stupore, l'impiegia preordiale, il *capitis*. Il periodo di defervescenza è lento e graduale quanto quello d'incremento.

Per la più la melancolia guarisce, e il ritorno all'equilibrio mentale avviene per mezzo di tregue che annunziano la convalescenza. Le tregue si fanno sempre più frequenti, più duravoli e più serene, finchè a poco a poco il malato stesso s'accorge e riconosce che la melancolia è superata, perchè il suo umore obbedisce di nuovo all'influenza normale degli avvenimenti esteriori. Un segno quasi sicuro del miglioramento è il riordinarsi del sonno.

Tutto sommato, il processo melancolico si svolge in un periodo minimo di cinque mesi e in un periodo massimo di venti mesi, ma il termine medio va dagli otto ai quattordici mesi. Se la durata è inferiore ai cinque mesi, si tratta d'una melancolia a base isterica o d'un accesso melancolico che fa parte d'una psicosi periodica. Se poi si oltrepassano i due anni, la melancolia assume il carattere cronico, nel qual caso cambia anche d'aspetto: la psichalgia, diventando abituale, si attenua o svanisce per cedere il posto ad un delirio ipocondriaco od a forme d'indebolimento mentale.

Quando il melancolico è uscito di convalescenza ed ha potuto accertarsi che la terribile infermità è veramente terminata, la sua gioia non ha più limiti. Dopo aver sofferto tutte le amarezze, egli si avvede di poter assaporare tutte le grandi e le piccole delizie che si offrono non tanto a chi ha fortuna quanto a chi ha salute, coraggio e costanza. La rimozione d'ogni ostacolo ai processi più volgari della vita vegetativa, nervosa e intellettuale è già bastevole ad ispirargli per settimane e mesi un'allegrezza inesauribile. Coricarsi senza la minaccia d'una notte insonne ed affollata di fantasmi tormentosi; risvegliarsi di pieno giorno col corpo placido e con l'animo lieto; affrontare con fiducia spensierata le traversie e le incertezze della giornata; mangiar bene e digerir meglio; prendere

parte attiva a conversazioni interessanti o facili; gustare una passeggiata a piedi, una brezza d'aria, uno spettacolo naturale od un'opera d'arte; rivedere senza alcun rinnovamento d'angoscia i luoghi che furono il teatro delle sofferenze passate, ed anzi cavarne materia ad un confronto piacevole col presente; sentirsi liberi dall'oppressione morbosa, accessibili a tutti i piaceri e immuniti per lungo tempo a tutti i dolori, è veramente una felicità che non ha l'uguale. Se la melancolia è la più dolorosa delle malattie, la sua scomparsa è la più piacevole delle guarigioni.

Neanche il timore ragionevole d'una ricaduta può offuscare la lusinga d'una situazione che dipende dall'attualità concreta del presente assai più che dalla rappresentazione astratta del futuro.

Quest'areolamento che succede all'irraggio della melancolia acuta ha tutta l'impronta d'una reazione naturale alle condizioni precedenti di psichialgia e non rassomiglia per nulla all'esaltamento morboso che, nei circolari, segue più o meno regolarmente le crisi periodiche di melancolia. Ma, se il passaggio dalla tristezza all'allegria è troppo rapido, e se l'allegrezza si manifesta in modo poco pacifico ed esagerato, sarà da temersi che il disordine mentale assuma la forma d'una pazzia circolare.

La condizione psico-patologica che sta in più intima unione con la melancolia è il rallentamento dei processi cerebrali. Questo rallentamento è dovuto, con molta probabilità, ad azioni inibitorie, che qualche volta producono l'inerzia assoluta per impotenza psichica.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE. — La melancolia si distingue facilmente dagli episodi depressivi che accompagnano altre psicosi molto ricche di sintomi propri, come l'epilessia, l'isterismo, la *paralisi progressiva*, la *paranoia*, l'*imbacillità*, la *degenza precoce*. I sintomi estranei al quadro che abbiamo già descritto, convulsioni, stigme isteriche, indebolimento acuto, delirio cronico antecedente allo stato depressivo, limitazione congenita dell'intelligenza, anomalia degli atti, e che si incontrano rispettivamente e senza fallo in ciascuna delle malattie sopramenzionate, sono troppo caratteristici per non suggerire subito la vera diagnosi. Ma oltre a ciò, è da notare che le crisi depressive degli epilettici, delle isteriche, dei paranoici, dei paranoici, degli imbecilli e dei dementi precoci non sono mai così protratte, né così gravi, né così lentamente gradualì, né così tipiche come quelle dei veri melancolici: per esempio, esse sono spesso assenti da insomnia.

Nell'epilessia e nell'isterismo gli accessi di tristezza sono improvvisi e scompaiono rapidamente. Nella *paralisi progressiva* la loro base è constattica, senza contenuto ideativo; se vi è un delirio, tradisce facilmente la vacuità o la decadenza intellettuale del malato; e la disperazione non assume mai quella forma altruistica che non di rado si nota nei

melancolici. Il melancolico attenta alla propria vita con un proposito d'espiazione. Si innalza ad un ideale, pensa poi agli altri che a sé o per lo meno all'oscu- ro benessere della famiglia, al proprio avvenire morale: invece il paralitico si abbandona ad un furore ostile contro sé stesso, una parte ancor lucida del suo cervello insorge contro tutto il resto del corpo, che è invaso da un malessere crudele, gigantesco, superiore all'immaginazione, ma del tutto materiale, da una paura cieca, estorice, soprannaturale, da una disperazione istintiva e terribile perché inaccessibile a qualsiasi idea correttiva: Gay de Mautpoussin, sul principio del processo paralitico, provò queste orribili angosce e tentò d'uccidersi.

Attila tra gli insensati e tra i pazzoidi si osservano accessi di melancolia che per la loro frequenza dimostrano uno stretto legame con la costituzione psichica di questi anormali. Ma questi accessi sono di breve durata: durano o cinque giorni, una settimana, un mese. Quanto agli accessi depressivi dei dementi precoci, essi sono interrotti, suscitati e smossi da atti di ira o di collera o d'isterizzazione, che evidentemente passano i limiti della melancolia, anzi ripugnano alle norme inflessibili e serene della logica melancolica. Quando un infermo di mente, che per la sua tristezza sembrerebbe un melancolico, ride o sorride o commette un atto di puerilità, di spavalderia, di scoccioleria, sia pure per un istante, vuol dire che è un eufrenico.

Cura. — La cura dei melancolici dev'essere rivolta principalmente alla reintegrazione del sonno. Il cloralo, il sulfonal, il trional, la bromalita, l'elional ed altri ipnotici, che si possono somministrare uno con l'altro di tanto in tanto, devono essere il rimedio d'ogni sera. Un ottimo risultato si anche l'oppio, che si dà in tintura durante il giorno e dosi rifatte o progressive, cominciando con 10 gocce per arrivare fino a 100. Questo trattamento, purché sia applicato con lentezza e con prudenza, attenua la psichalgia, lo crampo tollerabile, in certi momenti quasi insuperabile, o forse contribuisce ad abbreviare la malattia. Bisogna accompagnare all'oppio l'uso di mollienti intestinali, come la cascara sagrada o la podofillina, perché i melancolici sono quasi sempre stitici per causa della pessima dieta soffrono o delle atrofie che contraggono durante la malattia: ora, l'oppio aggrava l'inerzia dell'intestino ed è necessario controbilanciarlo quest'influenza, orecchiando la misura dei mollienti che nel resto si deve somministrare in ogni modo. Il pericolo d'aumentare la stitichezza non deve trattenere dall'uso dell'oppio, che è utile egualmente. D'altra parte, indipendentemente da qualunque causa supplementare di stitichezza, anche questo disturbo va combattuto, perché spesso aggrava o mette depressivo sia per le ingrossate deglutizioni che produce subitaneamente, sia per gli intoppi o le intossicazioni che può provocare.

obiettivamente nel circolo intestinale, e sempre con l'effetto ultimo di esacerbare la depressione melanconica.

La somministrazione metodica e sinizzata di farmaci, come pure un regime di vita spinto alla psicanalisi persuadono il melanconico con l'eloquenza dei fatti ch'esso è sinceramente e accuratamente trattato come un infermo. Ora, questa persuasione, nel pessimismo sfiduciato della melanconia, diventa un conforto. Ogni melanconico preferisce credersi vittima d'una malattia, per quanto grave e misteriosa, anziché bersaglio d'una fatalità maligna ed inafferrabile. La *persuasione è tutto*, che oggi si prostrisce ad una gran parte d'alienati acuti, è utile ai melanconici anche per questo, che s'attolma il loro stato di malattia.

Nel 1880 Baumes-Stouan propose poi ai melanconici le iniezioni di succo testicolare; ma gli esperimenti furono poco incoraggianti. Si aveva un'eccitazione momentanea, a cui seguivano tracce durevoli d'incoscienza. Nelle forme irritabili di melanconia e quando vi siano segni di eccitabilità fisica, è utile il bromuro di potassio ad alte dosi, per esempio di 50 o 60 grammi al giorno: inoltre la cura eccitante dell'oppio si pratica in maniera modesta e continua, la cura sedativa del bromuro va applicata in modo energico e passeggero. Un ottimo sedativo sono anche i bagni caldi, e nel periodo della convalescenza i bagni freddi e freddi, le docce, il lenzuolo bagnato purché in modo non troppo violento.

I melanconici devono astenersi dal vino, dai liquori e dal caffè. Non è proibito, né abbastanza razionale sottoporli al regime alimentare: ma può giovare la cura del ferro, in quanto diminuisce gli effetti dell'anemia che, per quanto sia moderata, favorisce la depressione melanconica in qualche predisposto.

Di fronte a qualunque caso, sia per nite, di melanconia si affaccia sempre anche un altro problema, quello del ricovero in sanatori o in manicomi. Il problema ha un doppio aspetto: la sorveglianza del malato e la cura, specialmente morale. Spesso è indispensabile, per prevenire tentativi di suicidio, che il melanconico sia circondato da persone esperte, in numero sufficiente, infaticabili, non importune, non indiscrete e responsabili di ciò che accade, che non l'abbandonino, ma non l'opprimano, che lo incoraggino senz'irritarlo, che vigino senza farsi scorgere; e questa vigilanza ideale non si può sempre raggiungere nelle famiglie. D'altra parte, indipendentemente dalla sicurezza del malato, la cura psichica della melanconia si avvantaggia assai dalle condizioni che si trovano nelle case di salute: l'ambiente monotono d'un sanatorio, il contatto con altri velenadini, la soggiornerà ad un regime organizzato ed impersonale, la separazione dalla famiglia e il desiderio di ritenervi agiscono favo-

evolvente sull'animo dei melancolici. L'uniformità delle attitudini preserva dallo estremo, semplifica il regime di vita e garantisce una specie di *deus psychicus*. I rapporti con altri infermi, specialmente con altri melancolici, rassomigliano al melancolico, che fra gente sana si trovava solo e incompreso, come assistano altri infelici che soffrono chi più, chi meno di lui, e lo richiamano alla realtà dolorosa, ma non disperata della sua posizione. La perdita momentanea dell'indipendenza sottrae il malato dalla spavento di dover agire, sbagliare, compromettersi, e lo culla nel riposo della passività. La lontananza dei parenti è una causa di dolore reale e ragionevole, ma che distrae il malato dalla contemplazione d'un dolore fantastico e morboso. Finalmente la possibilità di riformare a casa è una prospettiva consolante, il cui fascino aumenta di mano in mano che si profonda la privazione, e finisce per dare un argomento alle speranze, un obiettivo all'attività del malato. Il ritorno del melancolico alla propria casa deve avvenire senza ritardo appena comincia la convalescenza.

II. — Mania.

La mania è per eccellenza la psicosi dell'esaltamento. La sua sintomatologia si spesso opposta o contrapposta a quella della melancolia. Come nei melancolici, anche nei maniaci è scossa di preferenza l'affettività; ma in luogo d'un raccoglimento doloroso si ha un'espansione d'allegria e d'energia. La condotta è spensierata, violenta, ma non insensata; l'illazione è agile ed abbagliante; la percezione esalta e rapidissima. Questo quadro morboso non si delinea nettamente che nella forma di mania più lieve e sotto i nomi attenuati d'*ipomania*, *eccitamento maniacale*, *mania subacuta* (SCHULEI), *mania sine delirio*. Quanto ai casi più gravi, se per un'innalzazione spiccata di furia e per certi lampi di massima lucidità rischiarato l'impeto ed il fulgore dell'*agomania*, essi se ne discostano non poco (e sembrano vicini all'amenia confusionale) per un discioglimento d'ani e di parole in cui non è sempre facile discernere il filo direttivo.

Il fenomeno comune a tutte le forme di mania, se gravi e se leggere, e che ne rappresenta in certo modo la chiave fisiologica, è la sovrarecitalità corticale. In quanto è moderata e diffusa, la sovrarecitalità corticale si manifesta con una straordinaria scioltezza dei processi mentali, che ispira un senso di benessere opposto al malessere della melancolia, in quanto è uniforme e senza lacune, non altera profondamente i rapporti di solidarietà funzionale fra i vari territori della corteccia, e perciò si traduce in una sovrattività psichica abbastanza ordinata e del tutto diversa dalla confusione in parte caotica, in parte lacinare dell'amenia.

SINTOMI.

Il quadro clinico dell'ipomania non può confondersi con alcun altro. Sulle prime le immagini più dozzinali ed abitualmente scolpite acquistano un'insolita vivacità. Processi associativi per solito latenti ed inerti si rendono attivi e facili, e i malati dimostrano una certa incandescenza di arguzza, fanno ginocchi di parole, si mettono temerariamente a parlare lingue o dialetti che appena conoscono, cantano romances in società, bisbigliano, si danno improvvisamente alla politica, al sesso, alla galanteria. L'attività cerebrale — nel pensiero, nella parola e nell'opera — si fa più intensa e più molteplice.



Fig. 191. — Ipomania.

Ma il maniero, perlopiù molto strano e collaterale, abbandona spesso la strada maestra, e così dispende una gran quantità di lavoro mentale che non è sufficientemente compensato da qualche associazione felice. Quest'esuberanza d'idee, di discorsi e di azioni, che rassomiglia al primo grado dell'idiriacchezza, finisce anzi per ingombrare ed impedire il campo dell'attività utile, ossia dei processi logici. Infatti le associazioni logiche si formano per mezzo d'un lavoro sottile d'eliminazione e di scelta, che è la vera salute dell'*abstractio nominum*. L'uomo ragionevole deve astrarre da tutte le immagini interne che sono estranee all'ordine del ragionamento; respingere, non appena il ragionamento è cominciato, tutti gli eccitamenti nuovi che arrivano dal mondo esterno, invece il maniero, abbandonandosi alle impressioni avventizie, non è mai in grado di seguire a lungo una corrente d'idee prestabilita. Nella mania l'attenzione passiva vince l'attenzione attiva, o il malato è estremamente facile a lasciarsi distorcere (Knechtelre). I suoi discorsi sono prolissi; le poche osservazioni spiritose sono guastate da un gran numero di luoghi comuni

« di scocchiere preferita con periscopio; le associazioni per assonanza verbale prevalgono su quelle per affinità logica. Salvo qualche momento fugace d'arguzia, la conversazione del maniaco è inconcludente e diventa presto insopportabile. Ma il malato non ha il tempo d'accorgersene; è sommerso dalle forze che estrinseca senz'alcuna fatica; ne attinge l'illusione d'esser cresciuto di valore; e da questa illusione trae motivo d'allegria e di petulantia.

B. C., signorina inglese: 21 anni, indipendente, colta, viaggia sola per l'Europa con la sua cameriera; e si trova da pochi mesi in Italia, da pochi giorni a Firenze. Conosce bene il francese e il tedesco, e in quattro settimane impara l'italiano. Frequenta famiglie inglesi e stringe relazioni amichevoli con artisti e medici italiani. Ma nell'isolamento del viaggio sente più vivamente certe costrizioni domestiche; si rammarica di non essere bella come le sorelle; soffre di cefalea e di qualche disturbo mestruale. Dopo breve periodo d'adattamento (quattro giorni), a poco a poco si esalta ed entra in un vero accesso di mania con qualche tinta d'eromanzo. Vieni darsi alla pittura, alla poesia, alla danza, alla declamazione, stambeneamente. Il suo contegno eccentrico e sfrenato attira l'attenzione generale, che l'animalista scambia a torto per simpatia ed ammirazione. È impossibile lasciarla libera, e il ricovero al manicomio s'impone. Quest'avventura di viaggio non dispiace alla signorina, che è disposta all'ottimismo e che fra le mura della clinica psichiatrica non cessa di declamare, cantare, dipingere (male) e discutere (passabilmente) sopra soggetti politici, morali e letterari. Ora benigna, ora altera, ma poco osante delle distinzioni sociali, fa amicizia cordiale con le altre malate, fra cui una giovinetta ispanica, lucida, con segni di infantilismo maledemagogico, una certa Natalina X. Passano dieci giorni dal suo ingresso orionfale alla clinica di Firenze, trenta dal principio dell'esaltamento; e l'animalista, per volontà dei parenti, viene trasferita in un sanatorio privato di Parigi dove abita una sua sorella. Di là mi scrive, ed ecco la sua lettera, modello inimitabile di goffezza romantica.

« *Signor Professore Tanzi* »

(18. *Quartier de l'Assommoir, Assommoir, Parigi*.)

« Lei deve pensare che la medicina dell'Arte ha dimenticato tutti i suoi amici che sono a Firenze e soprattutto coloro che hanno dimora nella casa gioiosa (e clinica)! Ma non temere: la mia memoria è (grazia a Dio!) troppo buona per lasciare nell'oblio la bontà d'amici che hanno nome Tano, Lungarno (per Ligaro), Rigolotto (per Righefetti), ecc. ecc. Gli altri, ed eccezione del dottor Fol, Lohewurst non sono presenti alla mia memoria per la buona ragione che non credo aver mai sentito dire il nome loro! » (*Lebeteccarsi, l'abitudine di legarsi, è l'espressione d'un'infelicità concettualistica; ed equivale al fco. secco degli Italiani*).

« Non ho molte cose da scrivere, la vita qui si passa placida, come fa l'Arno quando burrasche non vergono disturbare la placidità delle sue onde. Bene, ecco che io fa della poesia mediocre, ma giustamente qualcuno fa della musica, ed i miei padri vogliono fare tic, tac come facevano nella sua clinica, «care professori! Ripensando a questi tempi mi pare d'esser stata come in un sogno. Qualche volta tra abbassarmi bella, ma

quando vedeva venire i dottori Lung'Arno e Rigolento per farmi una piqûre de je ne sais quoi! allora ridio bel sogno, ed ecco le « cauchemars! ». Bisogna dire a lei, agnosa professore, lei mi ha fatto molto soffrire con questo maledetto piqûres! Io non so la parola italiana, e come non ho un dizionario, lei deve perdonare les fautes d'orthographe qui suivent le commencement et la fin de cette lettre. La vera ragione di queste ridie è per avere des amorettes della piccola NATALINA ch'io chiamava Stella o cinquantotto. Poveretta, se Lei, caro dottore, poteva fare qualche cosa per questa mia piccola protégée, se sarà sempre piena di riconoscenza! Tanto volte io penso ad ella, e se solamente l'avessi qui, sarei molto felice, e noi due saremo veri diavoletti, cantando insieme le belle canzoni italiane! Ho una vera nostalgia del bel paese dove io risento, ed io prego ogni dì a Dio di lasciarmi rivedere questo preso benedetto da Lui, ma reso infelice dalla sciocchezza dei ministri che compongono il governo!

Qui il sole si fa molto peggio, un giorno splendeva, ed io mi fo un'idea d'essere a Firenze, ma non nella state, perchè il sole non ha il calore, invece sembra essere composto d'una soluzione molto indifferente! Ho qui molti amici ed una buona amica, una signora inglese che mi chiama sempre la sua figlia! I dottori tutti sono intelligentissimi, ed io fo bon ménage avec eux. Sono così gentili questi dottori, ed io sono diventata l'enfant gâtée della casa, non per merito mio, ma solamente che qui hanno preso tutti le mos di rendermi la vita felice, così felice che io desidero solamente la mia libertà! Addio, caro Professore, sperando di rivedere d'ora una lettera dandomi notizie di lei e di tutti gli amici che ho avuto il piacere di conoscere durante il mio soggiorno nella sua clinica, un po' contre mon gré, disons le sans rancune! Prego anche a lei di fare i miei complimenti alle due persone del mio viaggio, il dottore..... tres Etides (non conosco il suo nome, ma posso dire con verità che non era molto bello) e ad Elvira.

« Agréer, M. le Professeur, l'expression de mes sentiments distingués.

10 août 98.

B. C.

Malinconia dell'Arte!!

Questa stessa malata, tornata in libertà e perfettamente guarita, si ricorda ancora di Natalina e delle infermiere che l'hanno assistita, e nel mandare a loro qualche regalo mi scriveva da Roma, questa volta in corretto francese: « Je suis ici depuis un an, heureuse, et en pensant aux jours de Florence je me demande si tout ce passé n'a pas été un cauchemar! Malheureusement ma mémoire implacable me dit que non. »

La turbolenza del manico è complicata in causa dell'insonnia, ma quanto diversa dall'insonnia dolorosa che tormenta le notti del melanconico. Lo stato di sovrattività porta negli elementi nervosi del manico una tensione funzionale che non permette il riposo, come avviene agli studiosi dopo una nottata d'intensa applicazione, e perciò l'insonnia manica è quasi piacevole, e i malati se ne rallegrano come d'una superiorità; anzi qualche volta, per apparire più intellettuali, esagerano la propria resistenza al sonno e si vantano di non dormire affatto.

Per riempire le lunghe ore di veglia, essi immaginano imprese, affari, divertimenti in cui cercano di trascinare amici o conoscenti senz'accorgersi della propria indiscretezza. Il bisogno di agire e la confidenza in sé stessi li spinge a rendersi anche deliberatamente importuni e poco riguardo per gli altri. Spesso il maniaco è petulante: non sa risparmiarsi un'insolenza, impegna discussioni senz'alcuna competenza, improvvisa requisizioni, va in collera per cose da nulla, minaccia d'inviare i suoi padri.

Era qui non si esce dai termini dell'ipomania. Ma se la sovranità psichica diventa molto intensa, l'ipomania si trasforma in mania. L'assetto del processo associativo si rompe, e i malati passano dalla semplice pretesa all'insolenza, da un'eccessiva libertà degli atti al vero disordine ed alla «regolarità». Non si tratta d'una dissociazione esotica come negli stati confusionali e particolarmente nell'aurea: l'attività associativa si afferma ancora energicamente, ma in modo parziale, frammentario, per serie brevi che s'intrecciano incessantemente prima che il ragionamento o l'azione siano compiuti. In vista di questa dissociazione relativa è manifestamente grave si dimostra ancora pronto e lusinghiero verso gli eccitamenti che si trovano per caso nel foco della sua attenzione, ma appare già tardo ed incoerente verso quelli, assai più numerosi, che ne sono un po' lontani.

Per la mancanza d'un programma medialmente malizioso e per la loro accessibilità ad ogni sorta di distrazione questi malati sono più docili di quel che sembra, e la sorveglianza non è difficile. Il manico «mostra» qualche momento imperioso ed urgente, ma in generale «di facile contentatura». Basta tenerlo d'occhio con sensibile assiduità, evitando d'inspirarlo con un'opposizione aperta o malaccorta. Spesso, durante un divorzio, il malato resta disarmato da un'espressione gioiosa, da un richiamo gentile, ma energico alla sua lealtà. E poiché è violento, un volubilo o cavalleresco, passa dalle invettive all'effusione d'un'amistà non meno improvvisata della sua collera.

Gli atti sono risolti, volubili e disordinati come le parole. Il manico non rispetta né orari, né convenienze, né regolamenti: pranza ed esce dalla notte, discorre con persone che non conosce, si presenta ai suoi infermi alle autorità, viaggia all'impazzata, pretende di entrare in teatro senza biglietto, è scomposto negli abiti, esce senza cravatta o senza cappello, arringa la folla dalla finestra, e qualche volta, al corno della confusione, non riconosce più le persone, scambia i suoi famigliari per nemici, li rimprovera, li maltratta, li percuote, o crede di ravvisare vecchie conoscenze in estranei che interpellati confidenzialmente (illusione paranoide); è l'esemplare classico della pazzia com'è concepita nella tradizione popolare.

La ragione delle illusioni, talvolta così paradossali da parere vere allucinazioni, sta nella vivacità e nella precipitazione con cui i malati associano le impressioni esterne alle rappresentazioni preesistenti: il che li fa spesso incorrere in errori di giudizio e in contraddizioni di condotta. Non frequenti le illusioni uditive. Vi è anche un certo grado d'iperossia, ma in luogo d'arricciare la coscienza dei malati, contribuisce a confonderla, perchè moltiplica le occasioni di giudizi sbagliati. Nascono a questo modo le illusioni verbali, per cui il maniaco si crede ingiuriato o canottato o minacciato, e non esita a reagire. Ma di raro una stessa illusione si ripete, ancor più di raro si perpetua in un delirio sistemato, e nessuno ha visto allucinazioni che invece sono così caratteristiche nell'inetto.

Quando poi la mania arriva al colmo, i processi associativi soggiacciono ad una limitazione prolungata o rilevante della loro complessità e varietà, fino a cadere nell'oligostenia. Ma siccome in pari tempo mantengono la loro morbosa vivacità, non raggiungono l'estremo limite dell'energia, così si traducono in atti gravi che, per essere il risultato di ragionamenti incompiuti, sembrano del tutto irragionevoli e persino incoerenti. I malati si avventano all'improvviso e senza motivo contro le persone; apostrofano il pastore di casa o il direttore del manicomio; intanto, declamano a perdifiato, si emancipano da ogni vincolo o pregiudizio o rispetto umano. Le donne, per una specie di reazione alla loro umiltà d'obbligo, si fanno notare per degli omert, spogliandosi in pubblico, facendo gli abiti a brandelli per altercarene il capo e il seno in modo ridicolo o per improvvisare trofei sulle pareti, ammicciano con gli occhi ai passanti, si sciolgono i capelli, si spalmano il corpo d'orina, si offrono al primo venuto. I rapporti con l'ambiente sono talmente alterati, da dar luogo ad un disorientamento non inferiore a quello degli amati, almeno negli affetti esterni.

All'inizio dei disturbi affettivi e motori, il quadro sintomatico della mania è molto povero. I processi d'iservazione che non hanno carattere transcorticale presentano alienazioni di mediocre importanza, che si possono in parte interpretare come una ripercussione indiretta della suggestività psichica.

La clinicità dell'attenzione esercita un'influenza assai evidente sulla sensibilità, specialmente dolorifica. I malati, per la loro disattenzione, sembrano colpiti da anestesia; ma se, per caso o ad arte, si trovano di fronte ad uno stimolo in stato d'attenzione esposta (come può avvenire durante un esame clinico), dimostrano nel reagire una prontezza, un'intensità ed una precisione, da far meraviglia. Il maniaco rassembra al combattente che in rissa od in battaglia non sente né il dolore,

col contatto dell'acqua feconda; e sfida i pericoli come se fosse immortale. L'anestesia del freddo lo induce ad abusare di docce che accrescono il suo esaltamento, a stare esposto, a dormire all'aria aperta. L'irregolarità delle sensazioni sensoristiche lo rende caparcioso nel mangiare e nel bere, e disposto, secondo i momenti, tanto all'astensione come all'auto.

Una conseguenza ovvia della sopratività psichica è l'iperassess: il maniaco ha la fisionomia mobile, le guance rosse, il gesto rapido, lo sguardo penetrante. Qualche volta l'elevatore della palpebra superiore, reso alto il tono tonante, lascia scorgere sopra l'iride l'orlo bianco della sclerotica, o l'occhio squinta, secondo i casi, un'espressione erotica ed iracunda. Vi sono facce di uomini raccapriccianti; ma un gesto leggero d'ipomimia può anche trasfigurare ed abbellire un volto giovane che sta annesso da un'elasticità moderata e da sentimenti benevoli.

Nella fase dei maniaci si notano i passaggi più accorciati dal pieno al loro o da un tono all'altro; ma i maniaci diventano presto rochi. Se poi perché parlano, urlano e cantano continuamente, sia per una diretta irradiazione delle ghiandole salivari (corticale), essi sputano senza domo; la loro saliva è più abbondante e più fluida che di consuetudine. Spesso i maniaci se ne fanno un'arma d'offesa col uno strumento di schiena insoditi.

I maniaci, che guarento si sforzano di ricapitolare i loro conflitti e scarsi ricordi, propendono qualche volta d'aver sofferto d'innata enfasi, che sarebbe smentita dal loro compagno durante la malattia. È probabile che si tratti d'un'illusione retrospettiva, o che essi scambino per una celata comune qualche dolore fugace, o che raffigurino nella compressione fisica del capo un oscuro ricordo della coercizione morale a cui li esponeva la confusione manica.

DECORSO E VARIETÀ

La mania incomincia quasi sempre e qualche volta comincia con fenomeni passeggeri di depressione. Ma anche nel corso del processo morboso, il quadro della mania, per quanto grave, non è tutto a tinte grigie o violente. Esso è interrotto da momenti di beatitudine perfetta in cui i maniaci hanno la chiara visione del proprio stato e se ne affliggono. Si notano ribellioni e stancanze che svaniscono all'improvviso, rari scoppi di pianto che sembrano scongiurare l'ordine naturale delle idee, ma che forse si devono a stimuli centrali di natura organica. Durante questi accessi il malato perde la sua volubilità e non differisce in nulla dal

più classico dei melancolici; ma il ritorno all'ilarità maniaca è (inamovibile, rapido) ed oltremodo accentuato. Si può arrivare per qualche giorno al più flagrante ravvicinamento con la melancolia, cioè fino ad una forma di stupore stupido (WEGMANN). Quest'apparente contraddizione si spiega con la sovrecitazione dei processi subitóri, e non fa che confermare il carattere fondamentale della mania, che non consiste tanto nell'ilarità o nella collera, quanto nella variabilità degli affetti o delle idee.

La mania doettere può sollecitamente della melancolia. Ad uno stadio prodromico di depressione seguono ordinariamente i sintomi dell'ipomania. Il periodo ipomaniaco può essere brevissimo. Un'esplosione improvvisa di furore grave senza prodromi ipomaniaci è possibile nell'eticolesano, nell'epilessia, nell'imbecillità, ma non nei casi di mania genuina, che sono preannunziati almeno da qualche giornata di depressione o di esaltamento fiare e senza disordine. Quando la malattia si mantiene nei termini dell'esaltamento leggero per tutta la sua durata, la guarigione si raggiunge in poche settimane. La mania semplice, più spesso delle altre psicosi, la forma remittente.

Chi soffre di mania ha quasi sempre presentato o presenterà in avvenire altri accessi similari, che denotano l'esistenza d'una predisposizione personale. Si possono contare più di 60 accessi, naturalmente non brevi, nella vita dello stesso individuo. Questi accessi, per lo tonica improvvisa con cui insorgono senza prodromi depressivi, per la mancanza di grave disordine attuale e per la frequenza con cui assumono la forma mite d'ipomania (Ruzi), si possono fino ad un certo punto distinguere da quelli più tipici che sopravvengono gradualmente come malattie scote ed accidentali in personalità valide ed equilibrate. Per mia esperienza personale posso aggiungere che negli accessi di mania periodica spontanea non di raro spiccate tendenze al delirio di grandezza, sintomo che non si osserva nella mania semplice.

Non di raro gli accessi periodici di mania si alternano rigorosamente con accessi di melancolia, ciò che costituisce la *psicosi circolare* o a *doppia forma* o *altercante*. Ma, indipendentemente dalle forme circolari o dalle periodiche di sola mania con recidive frequenti e regolari, bisogna tener conto dei casi in cui la mania si ripete due o tre volte nella vita con lunghissimi intervalli. Questi casi sono qualche cosa d'intermedio fra la mania scote con un accesso isolato e la mania periodica con ricadute a scadenza fissa.

L'esito ordinario della mania è la *guarigione*, salvo le recidive. È singolare che il manico guarito, simile a questo all'abbezzo, non capisce quasi mai la gravità della psicosi da cui è uscito. Benché rammenti gli atti commessi e le parole pronunciate, è in buona fede quando

« ne scagiona o ne diminuisce l'importanza: mancando nel corso della malattia le impressioni profuse e spiccate, i ricordi sentimentali sono in aperto contrasto con le rimembranze schematiche dei fatti, e diventa difficile l'intero consapevolezza del passato.

Ma non sono eccezionali i casi di mania eroica. Si può anzi affermare che la mania tende alla eroicità più della melancolia, e che, di ventoso eroico, conserva meglio di essa i propri caratteri tipici: la quiete ed agitazione, senza disorientamento.

La storia è rara ed avviene per malattie intercorrenti, pneumonie, enteriti; o per cause indirette, per collasso, per lesioni traumatiche, per embolie grasse dei polmoni in seguito a vaste contusioni del tessuto cellulare sottocutaneo (DALLI).

La condizione probabile ed immediata dell'orgasmo manico è la presenza d'un agente morboso che irrita i centri corticali, svegliando le attività latenti ed esagerando le attività ordinarie. Quando l'agente morboso è più intenso, si può ritenere che, per conservando l'influenza eccitante sopra certi processi, acquieti un'azione paralizzante sopra altri, e che così abbiano origine la scissurezza d'idea ed il disordine proprio della mania gravissima. Le crisi di pianto, di collera, di stupore passero, che « raro mancano interamente nel decorso della mania, per quanto sono effimere, indicano a loro volta un esaurimento parziale. Questa tendenza agli esaurimenti, per le più circoscritte e momentanee, lungi dal contraddire, non fa che confermare la sovraccollazione generale che sta a base della mania.

Che dietro alla sovraccollazione della corteccia cerebrale si debba accorgere una lesione costante e caratteristica, p. es., un'ipertrofia del cervello o delle meningi, non è punto provato. Il reperto anatomico-patologico d'ipertrofia, *istitico* s'incontra frequentemente nella letteratura psichiatrica, non è per lo più che l'espressione d'un preconcetto: lo stesso preconcetto ha fatto rivedere l'anomia cerebrale nelle autopsie dei melanodeli. Ma esami più accurati e più recenti hanno potuto accertare che nel corso della melanolia non è infrequente l'aumento dei globuli rossi (LAVAROLA), ed è noto che molti maniaci soffrono d'anemia.

Tra queste due malattie l'antagonismo dei sintomi non corrisponde ad un antagonismo dimostrando delle cause. E anzi probabile che la causa di entrambe sia una sola e che consista in un disarmonia del ricambio organico: il grado di questa alterazione chimica, congiunto con la dote personale, determinerebbe il grado della psicopatia e la natura della sua reazione clinica pianto, nel senso della mania o in quello della melanolia. Nella mania prevale quasi sempre il fattore endogeno; nella melanolia è spesso rischivo e massima l'azione del fattore esogene. In

ogni modo, uno dei due limiti può ridursi al minimo. L'intensità dell'agente tossico può variare anche nel corso della malattia, producendo i noti episodi di depressione nella mania e d'agitazione nella melancolia. La diatesi personale, a sua volta, non è necessariamente immutabile, ma spesso su incontro ad oscillazioni nella sua misura, ed arriva, per riguardo alla qualità ed al segno, fino alla totale inversione. Così si spiega come un avvenimento o uno sconcerto di loro importanza possa riuscire intollerabile a chi ha superato con indifferenza un avvenimento o uno sconcerto più grave; e come persino, di fronte ad un'analoga situazione patologica, si produca nello stesso individuo una volta la reazione maniaca ed un'altra volta la reazione depressiva.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

L'individualità clinica della mania venne posta in dubbio da vari punti di vista. Stretta fra la demenza precoce, che assorbe gli accessi isolati di mania, e la psicosi mista o maniaco depressiva, che ne assorbe gli accessi ripetuti, la mania come forma a sé svanisce nel nulla. Ma vi è di peggio: la mania venne scambiata anche con l'amenza, e vi sono alienisti che, almeno in pratica, non riconoscono in essa se non una varietà di amenza colenta.

Questa interpretazione è erronea: basta ricordare la sindrome dell'ipomania e la preponderanza di sintomi ipomanici in ogni processo di mania grave, per dare la dovuta importanza alla distinzione clinica tra mania ed amenza. La mania d'inizio e talvolta persino con una incidenza che è addirittura il contrario della confusione amenziale. Infatti, come si è veduto, la confusione dell'amente è l'effetto di allucinazioni sistematiche e di lacune improvvise che provengono da irritazioni interne ed incongrue: perciò l'amente è disorientato. Invece il disordine del maniaco agitato è il prodotto d'impressioni troppo vive, rapide, numerose e confuse, ma abbastanza esatte: e il maniaco non è disorientato. Nell'amente si ha un eccesso d'attività interiore, di sensazioni erronee, d'impulsi ciechi, di pensieri slegati, ed un'immensa povertà di percezioni esterne, per cui l'infermo è separato dal mondo e tutto assorbito in sé stesso. Nel maniaco vi è un'accessibilità illimitata verso le impressioni esterne e il contatto con la realtà è tutt'altro che perduto; ma l'affollamento degli stimoli rende difficile la loro utilizzazione. L'amenza è evidente: le sensazioni prodotte da irritazioni cerebrali (allucinazioni) o quelle d'origine cerebellare (specialmente se false), che predominano nell'amenza, sono elementi di disordine, sia per sé stesse, sia perché chinano il varco ai processi

d'attività normale o ne alterino la sintonia; invece le immagini specifiche della vista, dell'udito e degli altri sensi, che non restano impediti, ma anzi piuttosto agevolati dal processo della mania, sono disorientati d'ordine, perchè corrispondono alla realtà obiettiva, e la loro utilità non viene mai a cessare completamente se anche accade che, per esuberanza di numero e per insufficienza di selezione, una gran parte di esse passi senza traccia o disturbi l'attività interiore.

Gli episodi di esaltamento ricorrono frequentemente anche nella psicosi progressiva, di cui talvolta rappresentano l'esordio clamoroso e caratteristico. Ma l'esaltamento dei paranoici, oltre a rivelare la propria origine per la presenza di complicazioni motorie, non brilla nè per ricchezza d'idee, nè per coerenza d'azioni; anzi è ispirato ad una follia che è la negazione della vera mania.

Uguualmente facile è la distinzione tra la mania e gli accessi d'esaltamento che sovrappongono negli epilettici come equivalente o come prodromo o come conseguenza della crisi convulsiva. L'esaltamento degli epilettici sovrabbonda talvolta d'impeto e d'incoerenza, ma è privo di furore e di guenza. Più simili agli accessi di mania sono quelli che si osservano nell'isterismo, e non è sempre possibile di scorgervi una differenza. Le isteriche non vanno del resto esenti da accessi acuti ed isolati di vera ipomania o di vera mania; inttal più, questi accessi, in quanto sono favoriti dall'isterismo, insorgono improvvisamente; e in quanto sono emanati almeno in parte dalla causa comune di mania, si distinguono più rapidamente che per l'ordinario. Naturalmente l'esaltamento maniaco che si presenta in qualche caso particolare d'isterismo non va confuso con le crisi passionali che seguono le convulsioni e che appartengono alla serie caratteristica dei fenomeni isterici.

Gli imbecilli e i paranoici vanno soggetti a loro volta ad accessi piuttosto edulati d'esaltamento che non nascondono la limitazione o la deviazione fondamentale dell'intelligenza, e che quindi si possono diagnosticare facilmente per quel che sono, cioè per semplici complicazioni d'una psicosi o di un'anomalia costituzionale.

Ma i malati più esposti a scoppi di furore che somigliano a quelli della mania sono i dementi precoci. Se questi scoppi d'agitazione insorgono tardi, mentre la malattia è già in corso, l'anamnesi rende non sovia la diagnosi. Ma se sono così che aprono la scena della malattia, la distinzione non è sempre facile: in ogni modo l'assenza di logica negli atti, un'apparenza d'ostentazione, la brevità dell'accesso, la mancanza d'amor proprio, che caratterizzano la demenza precoce e ne accompagnano tutte le manifestazioni, anche le più iniziali, potranno indicare che quell'episodio d'agitazione non è un caso di mania schietta. Quanto all'ipomania,

che è un esaltamento spiritoso, leggero e produttivo, essa non si riscontra mai nella demenza precoce.

Se si tien conto di questi casi spuri, che non sono di mania, e se si aggiunge che nei vecchi manicomi la sindrome manica era troppo spesso un prodotto artificiale della coercizione inconsulta, non farà meraviglia la scarsità dei veri maniaci nei manicomi moderni. Il loro numero è così piccolo, che fra mille ricoverati si stenta a trovarne più di dieci; e talvolta, per dimostrare ad una scolaresca il quadro dell'esaltamento manico, bisogna ricorrere ai casi periodici, perché mancano i casi vergini di probabile mania acuta. È certo che l'antica psichiatria abusò di questa diagnosi, applicandola ad amentì, a paralitici, a circolari ed a periodici, senza dare la dovuta importanza né alla diversità dei sintomi, né alla diversità delle cause: oggi la mania passa più giustamente per una malattia rara.

La cura della mania è puramente sintomatica. Quando l'agitazione è assai intensa, giovano i bagni caldi di tutto il corpo con vesica di ghiaccio al capo o doccia frontale, ma la durata del bagno deve prolungarsi a tre quarti d'ora, un'ora e fin due o tre ore, e la temperatura dell'acqua deve mantenersi fra 39° C. e 37° C. Quest'applicazione idroscapica è costosa e faticosa, perché i maniaci debbono essere sorvegliati durante il bagno da almeno due infermieri. Nei manicomi pubblici non è mai possibile largheggiare così nell'assistenza dei malati, tanto più che il bagno caldo e prolungato non si prescrive ai soli maniaci, ma anche ai paralitici in agitazione o ad altre specie di psicotici «eccitati». Per surrogare l'azione sedativa del bagno caldo si adopera la iosciamina, specialmente sotto forma di bromurato, o la dulcisina, ma meglio ancora la ioscina. Queste sostanze agiscono rapidamente e profondamente quando sono propinate per iniezione ipodermica, mentre riescono inefficaci o d'azione incerta quando siano date per bocca, ancorché in dose doppia o tripla, p. es. a 5 milligr. L'effetto dell'iosciamina, dell'ioscina e della dulcisina, che sono potenti miotici, si può misurare anche dal restringimento della pupilla. I maniaci si avvantaggiano molto dell'isolamento e della mancanza di correzioni inutili. La presenza di molte persone, la moltiplicazione delle impressioni, gli ammonimenti inopportuni, la repressione violenta inaspriscono questi malati ed aggravano il loro disordine mentale.

III. — Melancolia periodica.

Fra le melancolie periodiche si devono annoverare i casi classici e spesso ordinari in cui un accesso sempre identico di depressione mentale si ripete molte volte a breve intervallo, rivelando con certezza l'esistenza d'una predisposizione costituzionale. A questi casi classici è utile aggiungere in coda quei casi analoghi, ma ben più numerosi, in cui la scarsezza degli accessi, la lunghezza quasi infinita dell'intervallo lucido, e l'azione evidente di gravi cause esterne od anche una circostanza assai più semplice, cioè lo scoppio immediato della melancolia dopo un avvenimento doloroso, rendono discutibile, per non dire inverosimile, la diagnosi melancolica e lasciano pensare al concorso d'un fattore extra-costituzionale che per un'accidentalità può anche rimuoversi una o più volte, ma che in ogni modo permette una prognosi abbastanza fausta per l'avvenire.

Questi casi incerti, che formano la maggioranza delle melancolie e tra cui vanno provvisoriamente compilate tutte le melancolie iniziali, starebbero bene accanto alle forme acute, ma si possono immaginare come una folla di ombre indecise nascoste dietro alle due figure scultoree tra loro lontane del melancolico acuto e del melancolico costituzionale. Dipenderà dagli eventi e dalla forza attiva d'una diatesi invisibile e non costante se quelle ombre si allineeranno dietro alla figura del melancolico acuto o dietro a quella del periodico, diventando corpi col tempo. Perciò la melancolia recidivante e la melancolia appena incominciata si possono considerare a volontà, sia dal punto di vista della melancolia acuta, sia da quello della melancolia costituzionale, secondo la soluzione che si ha di mira nell'avvenire. Questa soluzione è una semplice congettura, che per la psichiatria antica era generalmente orientata verso l'ottimismo, per KRAEPELIN verso il pessimismo o nel senso d'una predisposizione costante.

Infatti le differenze tra la melancolia periodica e l'acuta non sono molto facili ad afferrarsi e precisi. La più importante è la durata dell'accesso, che nelle forme periodiche è molto abbreviata e spesso non oltrepassa i due mesi. Un'altra differenza sta nella rapidità con cui gli accessi si dileguano. All'infuori di queste sfumature, le due forme di melancolia presentano lo stesso insieme di sintomi attuali e non differiscono che nel decorso.

Qualche volta la melancolia periodica si riacende ad ogni gravidanza, ad ogni puerperio od allattamento, ad ogni decesso che venga ad affliggere la famiglia dell'ammalato o dell'ammalata. Più spesso manca ogni

inizio d'una causa occasionale. Alcuni individui cadono periodicamente in melancolia tutti gl'inverni; peraltro è ben difficile che la natura cronologica degli accessi non si liberi a lungo andare. Anche la melancolia periodica può guarire: talvolta l'età porta nell'organismo nuove condizioni che distruggono o neutralizzano la predisposizione melancolica; talvolta rende continua una melancolia intermittente. In questo caso la depressione affettiva si attenua e i deliri ipocondriaco, persecutorio, micromaniaco prendono il sopravvento. Ciò avviene specialmente nelle forme di demenza preesistente, che Kraepelin mantiene distinte dall'arteriosclerosi sotto il nome di melancolia senile (la sola forma, per lui, di melancolia genuina). Noi parliamo di questi deliri depressivi occupandoci delle cerebrogene degli adulti, perchè ci sembra che non sia abbastanza fondata la loro separazione dalle forme di senilità anticipata.

Non solo l'intervallo dei ricorsi melancolici, ma anche il contenuto del disturbo affettivo può col tempo mutare: la melancolia si trasforma, cede il posto ad uno od a pochi accessi maniaci, dopo i quali può avervi ancora un ritorno di accessi melancolici. In altri casi, dopo una serie di accessi puramente melancolici, può manifestarsi una forma classica di pazzia circolare con alternative regolari.

La melancolia periodica non è sempre una malattia grave. Alcuni di questi malati, benché soffrano molto, sanno nascondere la natura psicotica delle loro sofferenze, accusando disturbi d'altro genere che sanno benissimo di non avere, come un vizio al cuore, disordini digestivi, cefalea; e intanto seguitano ad occuparsi, benché con diminuita energia, dei loro affari, pigiandosi senza danno a queste oscillazioni d'animità. Nelle forme l'accesso periodici di melancolia è quasi sempre accompagnato da amenorrea.

La cura non è diversa da quella che si pratica nella melancolia acuta. Bruckmann iniettava stricnina non appena s'accorgeva che il pazzo era fatto e poteva dedurre l'imminenza d'un accesso.

IV. — Mania periodica.

La mania periodica è più frequente, più caratteristica e più grave della melancolia periodica. Vale a dire che la mania in genere è una malattia più costituzionale della melancolia. Per essa non si può invocare né l'azione di avvenire inmeritevole, né una squilibrio affettiva che fino ad un certo punto sarebbe un segno di perniciosa. Il maniaco, anche allo stadio furioso dell'ipomania, è sempre assai meno ragionevole del melancolico, e i suoi atti morbosi non fanno quel rapporto strettamente logico

con gli avvenimenti che si osservano nella melancolia semplice. Secondo Puer vi sono psicosi periodiche e specialmente *mania periodiche* che dipendono da *lesioni cerebrali* e che compaiono in tarda età; naturalmente, fra queste forme tardive, predominano le post-apoplettiche. Quando la mania periodica tien dietro, nella vecchiaia, ad un'apoplezia del cervello, anche gli artiparetici sono in bella di movimenti involontari che formano con l'accesso psicotico uno stesso quadro (Nasrux). L'accesso periodico di mania post-apoplettica è attribuito a stati congestivi del cervello irritato dalla presenza della cicatrice.

Non sono infrequenti i casi di mania periodica con accessi che si rinnovano per tutta la vita. Al manicomio di Firenze si ricorda un impegno in psicosi che si accolto per mania 18 volte, ed un senale le cui ammissioni vennero a 62. In questi due malati gl'intervalli erano naturalmente brevissimi: ma tutti, anche gli ultimi, contrassegnati dalla più completa lucidità. Una signora, che si trova tuttora al manicomio, non presenta più che intervalli brevissimi di lucidità; a stento questi intervalli arrivano ad una settimana di durata, ma pure l'equilibrio affettivo, l'ossessività dei giudizi, la compostezza del contegno nel corso di quelle brevi tregue non lasciano nulla a desiderare.

I quadri della mania periodica sono più svariati che non quelli della melancolia periodica. Talvolta assumono il carattere dell'*agitazione* *iracunda*. Spesso si manifestano nella forma d'un *pervertimento morale* con accessi di *diplosonia*, di *idolomania*, di *clipsomania*, di *querelomania*. In certi malati il turbato della mania periodica, in luogo di sconvolgere la sola affettività o i sentimenti morali, perverte transitoriamente l'intelligenza. Si hanno *deliri paranoici* in forma intermittente, invenzioni fantastiche, atti di proselitismo politico e di misticismo religioso. Di tratto in tratto, col concorso dell'accesso manico, si sveglia una predisposizione alla parania che negli intervalli era latente. Così il manico periodico si allontana dalla bonarietà e dalla penetrazione intellettuale che così spesso caratterizza il manico acuto, malgrado la sua agitazione.

Certi spiriti inquieti, fantasmi, ma incostanti nei loro disegni e pronti alle repulsanze improvvise, alle espiatrici solenni, alle apostasie clamorose e ripetute, non sono altro che malati di mania periodica in grado lieve. È probabile che appartenessero a questa categoria al psicotico il giurconsulto italiano Pietro Sturlaro, famoso per suoi libelli e per le sue citazioni più che per le sue opere.

Si citano casi di mania periodica in cui gli accessi sono preannunciati da una specie d'aura: disturbi vaso-motori, palpitazione di cuore, vertigini, nevralgie, insonnia, cefalea, irritabilità, inappetenza. Al termine dell'accesso manca l'abbattimento che chiude il quadro della mania acuta.

La mania periodica non è assolutamente incurabile, né insuscettibile di miglioramento; ma per lo più la gravità e la durata degli accessi vanno aumentando col tempo. Come la melancolia periodica, essa è una psicosi propria dell'età matura e comincia dopo i trent'anni.

La mania periodica non ha nulla di comune con l'epilessia e può degenerare, dopo una serie d'accessi similari, in una forma mista di psicosi maniaco-depressiva od anche di pazzia circolare a tipo classico. Questa metamorfosi non è frequente, e il caso più ordinario è che la mania periodica conservi il proprio carattere indefinitamente, salvo a peggiorare lentamente per riguardo all'intensità ed alla persistenza dei sintomi.

La cura preventiva non ha un gran potere su questa psicosi, e del resto non è facile sperimentarne gli effetti. In tempi antichi si usava il salasso. Quando la malattia è in atto, si adoperano con vantaggio gli stessi mezzi curativi che furono indicati per la mania acuta.

V. — Pazzia circolare.

Questa malattia mentale è ben conosciuta da mezzo secolo per opera di BURLINCHI, che la colò nel 1854 col nome di pazzia a doppia forma, di FALRET, che la descrisse contemporaneamente chiamandola pazzia circolare, e di LECHEUX DU SABLÉ che la illustrò a sua volta come pazzia alterna. Ma il passaggio dalla melancolia alla mania era stato intravisto e chiaramente indicato molti anni prima da MOROSANI: «*melancholicus autem mania in habitu aliis est, ut si afflicta saepe vices committant et altercuntur in alterum transant; quib' saepius dabuntur medicos valens hinc taciturnitate et metu, hinc hypochondria et aulicia in videri negro, subinde alternatis, melancholicum an maniacum pronunciant*».

Se si passasse dai casi con decorso irregolare e poco distinto, gli esempi di vera pazzia circolare sono poco numerosi; ma non vi è allusista che non ne abbia avuto sott'occhio qualcuno e che non vi abbia riscontrato in abbondanza le impronte indiscutibili d'una malattia fra le più tipiche ed interessanti. La fatalità del ritmo con cui l'esaltamento si alterna alla depressione, l'aumento stralente ed improvviso tra queste due fasi della malattia, la costanza della loro durata fanno della pazzia circolare la più grande singolarità della psichiatria. I circolari hanno due personalità, due caratteri, due maniere di vivere e d'intendere la vita, che stanno in perfetto contrasto. Persino il loro aspetto si trasforma in maniera irricognoscibile (fig. 108 e 109). Il profilo e periodico voltafaccia del loro umore, della loro infelicità, della loro condanna e troppo protratto, troppo indipendente dagli avvenimenti, troppo fatale per

essere confuso con le oscillazioni affettive degli spiriti volubili e passionali.



Fig. 155. — Pacca estrema: fase melanconica (da alcuni autori della fig. 149).

Nessuno potrebbe disconoscere l'origine melancolica di questa crisi a doppia forma, anche se esse non raggiungono i più alti gradi del furore maniacale o della disperazione melanconica, ed è facile ravvisarne la loro costituzione anche nei casi leggeri, che si allontanano appena dalla normalità o che sono i più numerosi. Talvolta il Giano bifronte della pazzia circonda e nettamente scolpisce in uno dei suoi aspetti, ed è appena accennato nell'altro, ma la sostanza del passaggio e la costanza dei sintomi depressivi ed esaltativi, per quanto rari, durante l'intero periodo della depressione

o dell'esaltamento, non lasciano alcun dubbio sul genere della malattia.

La pazzia circolare può decorrere in tre modi differenti:

1.^a Qualche volta le alternative di melancolia e di mania si seguono senza interruzione, e i malati sono sempre pazzi.

2.^a Altre volte, al termine d'un ciclo completo, s'intercala un periodo intermedio più o meno lungo e regolare, durante il quale la malattia resta sospesa; per lo meno è certo che tutti i suoi sintomi, dal primo all'ultimo, si rendono insignificanti.

3.^a Finalmente, ed è l'eventualità più rara, il facile intervallo può presentarsi non al termine d'un ciclo completo, ma al risolversi d'ogni singola fase.

Il ritmo con cui si seguono le due fasi opposte è spesso piuttosto affret-



Fig. 156. — Pacca circolare: fase maniacale.

tutto: brevi melancolie si avvicendano con brevi manie, e la durata del doppio accesso non oltrepassa i quattro o cinque mesi. Talvolta i due accessi si svolgono ciascuno in due o tre settimane e non si prolungano quasi mai per un anno o più, come avviene nella mania acuta e più specialmente nella melancolia. Il periodo melancolico tende a durare più lungamente del manico.

La regolarità delle alternative può assumere una precisione singolare. Un'altra ventunenne va soggetta da oltre sei anni ad accessi di depressione e di eccitamento che si danno il cambio nel breve periodo di 48 ore, durante un giorno per ciascuno. Nella giornata dell'esaltamento l'ammalata salta, corre, gesticola, vocifera, canta, tenta di togliersi le vesti in preda ad un'agitazione continua, intensa, irresistibile, benchè senz'alcuna aggressività. Nella giornata di depressione sta accosciolata, sonnolenta, con l'aria triste, e rifiuta il cibo. Qualche volta ciascuno dei due periodi si raddoppia e dura due giorni, ma senza che resti alterato il tipo dei loro rapporti reciproci.

La pazza alternante è una malattia troppo evidentemente costituzionale, perchè vi sia bisogno di dirlo; ma non è superfluo ricordare che essa è molto sovente ereditaria, talvolta familiare, ed io conosco un esempio di simili alternative in due gemelli. Quanto alla sua patogenesi, MEXNER ha tentato di ricondurla all'innervazione dei vasi cerebrali che da uno stato spastico con anemia e melancolia passerebbero per reazione ad uno stato patetico con iperemia e mania. Ora è incerto se questo schema corrisponde veramente e costantemente, nelle due fasi contrarie che lo compongono, alle condizioni del circolo sanguigno nel melancolico e nel maniaco; ma se pure la corrispondenza vi fosse, nulla dimostra ancora ch'essa sia un fatto primitivo. Tutto induce anzi a credere che fenomeni così grossolani come quelli della circolazione cerebrale non siano la causa, ma piuttosto l'effetto dell'inerzia melancolica e dell'agitazione maniaca. E infatti, data l'enorme diversità del contegno tra il melancolico e il maniaco, è naturale che tutte le funzioni dell'organismo, e specialmente quelle che sono dominate in modo più stretto dal sistema nervoso, debbano intonare la loro attività sopra un diapason del tutto diverso a seconda che il malato si trova nell'una o nell'altra fase della pazzia circolare per ragioni d'ordine correlativo. Il respiro, il polso, il grado globulinetrico, i movimenti riflessi, la tensione dei bulbi oculari, il tempo latente di reazione, tutto ciò che è suscettibile di numerazione e di misura non fa che confermare la solidarietà dell'organismo con lo stato d'animo o del cervello.

C. B., avvocato in una piccola città della Toscana, 55 anni, celibe, di povera origine, seppe con lo studio e l'ingegno salire in fama di abile

professurista, realizzando discreti guadagni. Sua madre fu pazza per molti anni. Nel 1820 primo accesso di mania: il malato si trovava, durante l'estate, a Bologna per affari, quando cominciò a spendere, a gongolizzare, a importunare la gente, chiacchiando con tutti, discutendo, offendendo chi lo contraddiceva, mostrandosi pericoloso ed aggressivo. Fu internato nel manicomio della città, dove rimase fin verso l'autunno. Tornato a casa, il suo animo era completamente mutato: si diceva screditato, rovinato, vuoto d'idea, incapace di riprendere le sue occupazioni, era oppresso dalla tristezza e dalla vergogna, pensava pochissimo ed attendeva alla propria vita. Si dovette rinchiusarlo nel manicomio di Firenze, in stato di vera melanconia. Restò a Firenze dal 12 dicembre 1829 al 10 febbraio 1831, passando repentinamente in pochi giorni dallo stato di melanconia a quello di mania agitata (2.^o accesso), ma scendendo presto. Appena uscito, si rimise con fretta a darsi all'esercizio della propria professione. Ma nell'estate subentrò il 2.^o accesso di melanconia con pianto, disperazione e propositi di suicidio. Era in piena melanconia, quando il 29 novembre del 1831, verso le 10 del mattino, dopo aver preso della caffee, cominciò ad eccitarsi, ad apostrofare il pubblico, a pinciare quanti esitavano ad approvarlo o tentavano a rispondergli; ma in un momento di calma resisteva d'aver così ben compreso la situazione, da chiedere spontaneamente a qualche osservatore d'essere condotto al manicomio, come infatti avvenne. Le sue ammissioni al manicomio si ripeterono dal 1830 al 1892 per undici volte:

1. ^a	Ammissione	12 dicembre 1830	—	10 febbraio 1831
2. ^a	"	29 novembre 1831	—	8 dicembre 1832
3. ^a	"	12 dicembre 1836	—	15 febbraio 1837
4. ^a	"	15 luglio 1837	—	19 settembre 1837
5. ^a	"	21 dicembre 1837	—	14 giugno 1838
6. ^a	"	31 agosto 1838	—	19 febbraio 1839
7. ^a	"	14 settembre 1839	—	23 febbraio 1840
8. ^a	"	20 giugno 1840	—	5 gennaio 1841
9. ^a	"	17 agosto 1841	—	19 marzo 1842
10. ^a	"	18 settembre 1841	—	8 agosto 1843
11. ^a	"	10 febbraio 1893	—	15 dicembre 1893

In questa tabella gli accessi di melanconia e quelli di mania si sono sempre alternati piuttosto regolarmente, e al doppio periodo di pazzia seguiva un intervallo di lucidità abbastanza lungo. Durante lo stato depressivo l'infermo era trattabile, ma apatico, e non aveva bisogno d'entrare al manicomio. Durante la fase dell'esaltamento si faceva spensierato, indipendente, litigioso, ma sulle prime senza perdere la sua lucidità, né la considerazione dei suoi clienti, che continuavano al manicomio per consultarlo; in seguito andava esaltandosi fino al parossismo, avanzava proteste ed accuse contro chi lo aveva privato della libertà, urlava, declamava, perorava, inventava ogni sorta di scherzi ingenui e crudeli. Una notte, dopo aver legato ad una fine una seggiola lasciata nel giardino, si divertiva a farla nascosamente fu fine stando a letto, in modo da svegliare gli altri ammalati e da gettar l'allarme fra gli infermieri. Una volta, essendo ancora al principio dell'accesso manico e libero di sé stesso, arrivò a barchettare tutti gli amici, ma al momento di mettere a tavola l'aulazione si era ritirato di proprio impulso fra le mura del manicomio. Nel periodo dell'esaltamento il malato scriveva tralisci, satire, odi in versi sonori, enfatici e perfettamente coerenti,

ma vana e noiosa; passava le notti in bagordi o in lunghe gite senza scopo; si dava ad intraprese industriali ed edilizie ed aveva riunito una quantità non indifferente di materiali, che poi fu costretto a rivendere per vil prezzo; e nella sua agitazione risentiva sempre da un lato il delirio dei querebanti, dall'altro la pancia morde.

M. M., maritata, è una donna alta, bella, di mente svegliata, di carattere energico. Si sposò a 26 anni con un giovane di 30, impiegato; e dal 1882 al 1889 ebbe tre figli, tutti sani e normali. Questo fu il vero periodo della felicità per lei e per la sua famiglia, tra cui regnava il migliore accordo. Al terzo parto, dopo due mesi di sforzi ostinati per allattare l'ullimogenita, la signora M... fu colpita da forte abbattimento: bisognò ricorrere ad una balia e l'ammalata fu ricondotta presso sua madre al paese nativo. Si era dichiarata una melancolia frasca con insonnia, tristezza, pessimismo, abbondante compenso d'ogni iniziativa volontaria, acciturnità ed immobilità. In capo a tre mesi autamento di scena il più completo: l'ammalata, che non aveva mai scritto un rigo al marito, cominciò a perseguitarlo con lunghe lettere piene di pretese, di lamenti, di progetti. Dice d'essere maltrattata dalla madre e dalle sorelle, di cui è ospite, ed un bel giorno fugge con pochi denari a Firenze, dove viene a sorprendere il marito ed i figli. Grande fu la loro meraviglia nel vederla così diversa da quando era partita: florida, brillante, vestita con insolito lusso, profumata. Era spesso tornata, che si mise a compiere tappeti, fiori, biancheria e persino un triciclo che non era in armonia col bilancio della famiglia. Presto il marito venne a chiaro che l'ammalata aveva parecchi conti da saldare con fornitori che cominciavano a mormorare, e ch'essa aveva acceso qualche debito con suoi colleghi d'ufficio, cosa che faceva campo a commenti maligni. Ogni ammonimento era preso in mala parte: l'inferma strillava, si rifugiava presso qualche amico, diceva d'essere dimenticata, maltrattata, privata del necessario, insultava anche le suocere, si prendevano la difesa del marito o cercavano di calmarla. Le sorelle e la madre dell'ammalata, accorse per verificare il peggioramento, s'erano convinte che si trattasse d'un perversimento del carattere, non già d'ossessione, per insinuazione diabolica e proponevano la confessione, l'esorcismo e gli altri riti o sortilegi del ropestoso cattolico. Intanto l'ammalata voleva imporsi a tutti, licenziava ogni poco la domestica, la incolpava di sottrazioni che credeva avvenute in casa e che erano addebitabili al suo disordine. Ma non fu presa alcuna riduzione, le cose si spianarono, tornò da babilonia la neonata, e le cure della maternità assorbirono tutta l'attenzione della malata, che gradualmente passò in uno stato di calma dolcissima e parve guarita.

Nel 1894, verso il mese di dicembre, la signora M... diede alla luce una bambina che visse 12 giorni. La morte della bambina produsse in lei un nuovo abbattimento che durò otto mesi, ma non fu seguito da esaltazione. Nel 1897-98 si ebbe un terzo lungo periodo di depressione con tutti i sintomi della melancolia. Il marito era occupato in luoghi lontani per affari, i figli erano stati affidati ad altri parenti, e l'ammalata era assediata da una sorella. Quando il marito tornò in famiglia, dopo un'assenza di quattro mesi, in luogo di trovare l'inferma come l'aveva lasciata, cioè triste, deperita, adducata, umida, nonò la stessa trasformazione a vista che ora accaduta nel 1890. Sua moglie era d'aspetto florido, attiva, loquace, proclive ai divertimenti, molto profumata; aveva acquistato molti e continui debiti; stava per cambiare di casa a insaputa di tutti; non accettava consigli, non tollerava contraddizioni; e sollevava contro di lui atti d'accusa

per avarizia, trascuranza, violenza, ubriachezza, fondandosi sopra circostanze inutili e incostanti. Questa volta l'ammalata entrò al manicomio di Firenze.

Giunta al manicomio, si dimostrò così lucida e convinta di quanto veniva raccontando, che fu necessario raccogliere diligentemente tutte le insinuazioni, per intenderne la natura maniacale delle sue querele. L'ammalata, mentre riconosce d'essere stata tre volte colpita da fiera melancolia e ne ammette senza difficoltà l'origine morbosa, non crede d'essere mai stata maniacale e tanto meno nel momento presente. Parlando, si commuove, piange, implora, fa appello alla giustizia, adduce fatti e interpretazioni interminabili, con cui riesce sempre a confutare i capi d'accusa a suo carico e a dimostrare la propria innocenza, sanità mentale, avvedutezza, abnegazione, abilità di governo domestico, amorevolezza per figli e inamertata scemenza d'essere trattata come pazzo, rinchiusa al manicomio, calunniata, derisa, vilipesa, abbandonata da tutti. Nelle sue lamenti espone con veemenza e malignità inaudite ogni atto d'impazienza, ogni parola dura, ogni piccola inconsideratezza di suo marito e delle sue sorelle, pronta a scagliarsi l'uno contro l'altre, per poco che un dissenso tra di loro ne dia l'agio a lei. Anche verso il personale del manicomio non usa misericordia; un segno di disattenzione, un sorriso sardonico, un'allusione al suo squilibrio mentale la fanno inviperire. Del resto, né un'allusione né il minimo indizio di belirio, né alcuna insensatezza di contegno. Lo stato maniacale non si manifesta che con gli scoppi di collera e le malignità.

Dopo le fasi di degenerazione al manicomio, l'inferno, non ancora guarita, è accolta da una famiglia d'amici, e vi fa buona prova. L'eccitamento si dissipa, subentra un periodo di grande amabilità, e a poco a poco l'ammalata si riconcilia col marito. Passano quasi due anni. Ora è incostante da poche settimane il 4.º accesso di melancolia.

E. L. è una giovinetta di 15 anni, di grasso aspetto, d'intelligenza permissiva, di carattere buono ed espansivo, di sviluppo rigoglioso. Nella primavera del 1901 annida d'influenza, per pochi giorni, con leggero innervimento febbrile. Quando torna il letto, è triste, avvilita, piange e manifesta idee deliranti. Durante la notte non dorme e le sembra che i Mori siano calati in Italia, compiendo suocleggi e stragi. Ha paura che la mamma debba morire, che il babbo stia per andare in carcere. Sulla pareti e nei vetri vede figure di Mori, di golli, di guardie. Di tratto in tratto sente voci confuse gridare: « Emma, vieni via! ». Durante il giorno la ragazza riconosce le proprie allucinazioni, ma non riesce a liberarsi dalla paura, dalla tristezza, dai sinistri presentimenti. È dimagrita e vive costretta in compagnia.

Nell'autunno, quando ritorna in città, è del tutto cambiata. Ben nutrita, con lo sguardo vivace, alleghrosissima, ha una gran voglia di discorrere, di divertirsi, di ballare, d'adorarsi, e si lascia corteggiare nomi volentieri. Spesso scrive versi piuttosto ingenui, ma non immensi; è sempre in fiorente dalla mattina alla sera; non vuol mai coricarsi; dice di sentirsi felice e che tutti le vogliono bene. Va soggetta, una o due volte per settimana, ad accessi di paura notturna; si sveglia di soprassalto verso le 4 di mattina, stesa sul letto con gli occhi aperti, grida, chiama il soccorso ed accenna di veder angeli, diavoli, bambini viventi.

Se come la famiglia è povera e non può sorvegliarla, la giovinetta vien fatta entrare al manicomio, dove presenta uno stato d'ipomania molto moderata, con lucidezza perfetta, senz'alcun segno di periclità, d'osten-

lazione, d'insensatezza, di incongruenza, che possa indicare il principio della demenza giovanile. L'ammalata presenta anche iperestesia al bisogno e lacrimie spesso; ma non ha altri caratteri d'idiotismo. La sua età, la presenza di allucinazioni nella 1.^a fase della psicosi manico-depressiva e negli accessi di *paros koitexias*; la complicazione d'uno stato sub-delirante nel corso della fase melanconica lasciavano pensare che in questo caso non si trattasse d'una psicosi circolare durante la sua prima rotazione, ma che invece si ordisse un processo di demenza giovanile, benché sotto forma assai mite e probabilmente guaribile. Tuttavia l'energia appassionata della ragazza, la sua costante disinvoltura e naturalezza, la gioia di vivere che traspariva da tutti i suoi atti e da tutte le sue parole, non erano molto conciliabili con la diagnosi di demenza giovanile. Infatti passarono due anni abbondanti, l'ammalata è sempre seria, corretta, contenta, ed ha imparato a dipingere porcellane.

Nella psicosi circolare l'incosapevolezza della malattia è spesso assoluta: malati che sono passati decine di volte sotto le forche caudine della mania e della melancolia, uscendone felicemente, ignorano d'esservi ritornati. Solo negli esordi si trovano i presunti che s'arruolano di propria iniziativa tra i ricoverati del manicomio. Ad accesso finito è conservato fedelmente l'apprezzamento dello stato melanconico, ma non quello dello stato manico, per quanto fosse stato violento, ripetuto e più caratteristico del suo complementare. Un circolare di mia conoscenza, che dopo l'accesso depressivo si mantiene in equilibrio normale per tre o quattro mesi, non riconosce per normale il periodo d'intervallo, ma solo il periodo d'esaltamento. Quando è in stato di equilibrio ammette il proprio miglioramento, ma non lo crede ancora pieno ed intero; egli perseguita tutti i divertimenti e le delusioni più gravi alla fase submanica, che attende come la soluzione della malattia; e poiché non eccede certi limiti nemmeno in questo stato, non gli s'è mai fatto alcun male.

La diagnosi della psicosi circolare, è tanto dissimulata, si fa a posteriori. Nessuno può arguire dai sintomi se una melancolia od una mania che si presentano per la prima volta saranno seguiti o no da accessi contrari.

La prognosi non è assolutamente sfavorevole. Per lo più i ricorsi della psicosi circolare sono continui e la serie delle ricadute non termina che con la vita. Qualche volta la durata degli accessi tende ad abbreviarsi il ritmo si condensa. In altri casi una delle due fasi si rende più breve o più silenziosa, mentre la fase complementare conserva i suoi caratteri e predomina. E non è punto impossibile che il ritmo si interrompa lungamente o che si estingua. Queste irregolarità, queste interruzioni a queste guarigioni, che forse corrispondono ad un intervallo straordinariamente prolungato, hanno dato origine al concetto d'una psicosi manico-depre-

siva, la cui l'alternativa regolare dei due stati opposti è costituita da una linea saltellante e senza ritmo.

La cura d'una simile malattia consiste soprattutto nella prevenzione dei danni basata sulla previsione del ritmo. I malati, malgrado l'origine più che mai costituzionale dei loro disturbi affettivi, non sono punto insensibili all'azione degli eccitanti durante la fase depressiva e dei calmanti durante la fase d'esaltamento. Perciò si adotta il medesimo trattamento di quello accennato rispettivamente per la melanconia e per la mania.

La Nevrastenia

La nevrastenia è uno stato abnorme di debolezza, a cui non corrisponde alcuna lesione caratteristica. Essa si manifesta con una serie di fenomeni poco importanti dal punto di vista obiettivo, perchè non compromettono né la vita, né la salute, ma monotoni, pertinaci e fastidiosi dal punto di vista subjetivo. Fra questi sintomi il principale è un senso di profonda stanchezza che non trova refrigerio nel riposo; e in certi casi compaiono ossessioni, deliri, esitazioni, che tuttavia non oscurano l'intelligenza, ma non la raffinanò, spingendola all'introspezione.

Qualche volta la tubercolosi, le malattie di cuore, l'influenza, la sifide, la paralisi progressiva, la demenza precoce e molte altre infermità croniche sono precedute od accompagnate da lunghe crisi nevrasteniche. Ma la vera nevrastenia si presenta da sé e rimane sedata coi suoi pochi sintomi che si ripetono ogni giorno. Vi è una nevrastenia acuta che guarisce, ma che lascia sospettare una certa predisposizione latente; e vi è una nevrastenia costituzionale, ma soggetta a tregue che sembrano guarigioni. Tra queste due forme di nevrastenia non è sempre facile una distinzione. Esiste anche una forma associata d'istero-nevrastenia (Classeur) e la descrivo una varietà di nevrastenia trasmissiva, come pure un'altra di neo-nevrastenia. Tutte queste varietà sostituiscono col loro nome significativo, anche senza bisogno di spiegazioni, l'affinità di natura tra nevrastenia ed isterismo.

Tanto la nevrastenia costituzionale come la nevrastenia acuta (e la traumatica) si possono scindere in due tipi clinici a seconda che interviengano o mancano le idee incorreggibili. Ma anche se sono presenti le idee incorreggibili, il nevrastenico non è mai un vero malato di mente, perchè la sua coscienza è limpida e la sua personalità è integra. Non vi è pericolo che il nevrastenico disconosca l'irregolarità, se c'è, del suo processo associativo o dell'idea istintiva, fredda, molesta che ne è l'invariabile esponente. Eppure, non solo queste forme di nevrastenia ossessiva, ma anche quelle più miti che decorrono senza ossessioni, sembrano scaturire, come l'isterismo,

dell'attività psichica. L'origine psichica o per lo meno centrale è anzi più evidente nella nevrosi che nell'isterismo; perché i fenomeni isterici sono, per ipotesi, la reazione involontaria ad un'autosuggestione difensiva e qualche volta inimitabile; mentre la più gran parte dei sintomi nevrosici, per la loro indole soggettiva, appartengono alla psicologia patologica, anziché fascino intatto la ragione.

SINTOMI.

Stanchezza. — O che lavori intensamente tra rischi ed emozioni con dispendio d'intelligenza, o che si dedichi ad un lavoro tranquillo e moderato, o che non lavori affatto, passando il tempo nella contemplazione o magari nella coltivazione dei suoi istinti, il nevrosatico è sempre stanco. La mattina è più stanco che la sera; è stanco se ha dormito; è stanco se ha vegliato; il suo lamento continuo è quello d'aver troppo da fare. Il senso di stanchezza non si avverte che nelle fasce ore di notte, appunto quando dovrebbe scontentarsi la fatica del lavoro accumulato durante la giornata. E non c'è dunque, tra quanto sono rappresentabili alla coscienza, che non sembri portare il suo contributo a questa operosità della stanchezza. L'incoscia, la posizione eretta, l'inclinazione del capo, l'esercizio della vista, dell'udito, della parola e del pensiero riescono faticosi. Il corpo è scosso di vibrazioni e lascia una gran stanchezza. Ma, se cerchiamo d'analizzare le sensazioni soggettive in cui si scompone il malessere del nevrosatico, vediamo che esse si riferiscono prevalentemente al sistema muscolare, liscio e striato. Infatti è frequente tra questi infermi un sintomo che si ripete caratteristico nella *metastasi di Erb*: la *rotazione minorense* (Fleiss). La curva del tetano fardos si alza a buon livello, ma cade subito precipitosamente, e così l'esaurimento della forza muscolare, benché non giustificato da un dispendio succedente d'energia fisiologica, si dimostra anche obiettivamente.

Gli infermi si lamentano d'una grande pesantezza alle gambe, alla braccia, al collo, alla schiena, alle palpebre. Accusano mal di capo o vertigine alla vista d'immagini mobili e variabili, come pure alle oscillazioni brusche della loro; ma non tanto, com'essi credono, per una maggiore sensibilità della retina, quanto per i loro sforzi d'accomodazione a cui sono costretti i muscoli dell'occhio. Lo stesso si dica per l'esaurimento dell'udito e del pensiero. Nell'illusione possanzistica di non offrire abbastanza presto o abbastanza bene, il nevrosatico volge il capo, corruga la fronte, converge gli sguardi, trattiene il respiro, si mette a cagnesco, e in una parola esagera la mimica dell'assortimento, ciò che lo induce ad una lieve tensione muscolare e quindi alla stanchezza.

Che la stanchezza non risparmi neppure i muscoli involontari e gli stessi muscoli lisci, si può seguire dalle sensazioni viscerali che accompagnano così frequentemente la nevrosistia. I nevrosisteni si dolgono col medico d'un oppressione, d'un radimento interno, d'un *transito sfrenato* nella regione del cuore. Per lo più queste sensazioni rimangono nell'orbita dei fenomeni subiettivi, e l'ascoltazione non raccoglie nulla; ma qualche volta si ha *tachycardia o bradycardia* (per esempio) 60 pulsazioni al minuto, *pseudo-angina pectoris* con irradiazioni dolorose al braccio sinistro, *pseudo-colica* con polso raro, *solbre freddo*, tendenza alla lipotimia.

Lunga il tubo digerente un *stato anormale*, una *difficoltà di funzione*, un'oscillazione di ripiena o di vuoto, eccetto i momenti, sempre brevi da minime oscillazioni della tonicità muscolare, e dà luogo a stati effimeri di *nausea*, di *fastidio*, di *anorexia*, di *eruttazione*, di *concrezione gastrica*, di *stipsi* persino all'atonia di stomaco, alla *dilatazione*, all'*ipercloridria*, all'*iperacidità*, alla *gastrite*, alla *diarrea*, ossia a disturbi *grossolani e precisi*, di cui non si può certo incolpare l'immaginazione. Questi disturbi non sono forse che conseguenze indirette delle lesioni a cui sono esposti o primitivamente o secondariamente (cioè nel transito dell'innervazione) le grandi tuniche muscolari del tubo digerente,Ges'anche dipendenze da vasoparisi e da vasoparisi localizzati.

Parestesie. — La irregolarità vasomotoria, che si ammettono e spesso si vedono nell'isterismo, si possono presupporre e vedono se vedono anche nella nevrosistia, dove spiegherebbero molte minute irregolarità di funzione e in particolare le *parestesie*: il *freddo* alle estremità, il *senso di formicolio* spesso *bilaterale e non secernibile* descritto da lui sospettare l'innervazione d'un'emplogia, le *calore al viso*, le *vertigini*, la *cefalea*, i *dolori interstiziali*, le *verrucole*. Queste parestesie sono caratteristiche della nevrosistia, ma la *cefalea* è di tutte la più frequente. Per lo più è continua, poco dolorosa e *occipitale*; qualche volta si estende in forma di *corno*; e non è rara anche una *cefalea zonale*, che può associarsi ed alternarsi con l'occipitale nella stessa individuo. L'origine vasomotoria delle parestesie nevrosistiche si può inferre anche dalla facilità con cui si alternano o scompaiono dopo un pasto copioso o dopo l'ingestione d'un semplice bicchiere d'acqua.

Algie localizzate. — Secondo Riccio, ha molta importanza la *doloreabilità delle apofisi spinose lungo la colonna vertebrale*; ma questo sintomo è tutt'altro che frequente. I *dolori spontanei ai tendini* e il *bruciore lungo l'uretra prostatica* caratterizzano una *carnevità ciliata*, a cui lo stesso Riccio diede il nome di *nevrostenia sessuale* e che sarebbe conseguenza di altri sessuali, la masturbazione, di *polluzioni notturne* o *indizio di speciale labi-*

l'una o l'altra delle funzioni genitriche. Nella nevrosi sessuale si notano anche altri disturbi, come palpitazione di cuore, astenopia, tremore, specialmente dopo un eccesso anche lieve. Le donne non sono esenti dalla nevrosi sessuale.

Un altro campo di dolori localizzati è lo stomaco, sia per ipercindria, sia per gastralgia. Ed anche nella cerchia delle funzioni digestive Brano ha creduto di poter delineare una varietà clinica di nevrosi, che è, a seconda dei casi, affetto o causa di disordini dietetici.

Sistemi obiettivi. — Fra tanti sintomi soggettivi, che hanno ispirato agli epigoni di Brano la formulazione della nevrosi in varietà a più avviso trascurabili, sono preziosi per la diagnosi e per gli accertamenti giuridici i pochi sintomi obiettivi. Oltre alla reazione miastenica, vi sono due sintomi che possono considerarsi come prove obiettive della nevrosi: l'esagerazione del riflesso palatale o il tremore delle palpebre ad occhi chiusi. Questi due segni sono quasi costanti e rendono sicura la diagnosi quando si abbia il sospetto di amplificazione o di simulazione inferossata. Si capisce inoltre che qualunque lieve incomodo obiettivo, sopravvenendo nel corso d'una nevrosi, sia risentito vivamente dal malato e innalzato agli onori d'un sintomo nevrotico; invece le malattie gravi prendono un tale sopravvenuto sulla nevrosi, da sospendere o cancellarne ogni manifestazione. Lo stesso occlusi nel corso di gravi processi patologici salisce anche l'isterismo.

Stato generale. — Dall'insieme delle sofferenze, delle angustie e delle parestesie che accompagnano lo stato di veglia, salvo nei momenti di distrazione, di sonnolenza e di benessere, che non mancano mai nel corso della giornata, il nevrotico è tratto ad osservare incessantemente se stesso. Egli si sente respirare, digerire, camminare o pensare. La coscienza che dovrebbe occupare nella coscienza l'ultimo posto, sale immediatamente al primo. Una specie di chiaroveggenza malangurata rende perspicue ed eloquente quelle funzioni viscerali che dovrebbero svolgersi nell'indifferenza, se non addirittura nell'incoscienza. I malati ne sono così infastiditi, che si condannano a cure complicate, ad astinenze inutili, ad un regime di riposo assoluto, pur di guarire. Essi sono tra i più assidui clienti dei medici, frequentano le case di salute e conoscono tutta la tecnica degli esami clinici e delle cure autonevrosistiche. L'ipocondria ragionevole e senza delirio è dunque addirittura un sintomo prognostico della nevrosi.

Ma se prescindiamo dal senso soggettivo di stanchezza e dal pessimismo ipocritico, dobbiamo riconoscere che molti nevrotici durano allo studio e al lavoro sedentario anche meglio dei sani. La nevrosi è comunissima

tra gli scrittori, e forse per questo è la sola psicosi che i romanzi e le commedie descrivono fedelmente. Talvolta i malati si astengono da ogni sforzo intellettuale, fino a non leggere per settimane o mesi nemmeno i giornali; ma essi non fanno che obbedire ad un precetto. Anzi non è raro il caso di neurastenici che si sentono venir meno al principio d'un lavoro materiale o mentale o che spiegano una resistenza insuperabile provandolo o rendendolo più energico. Il fatto sta che tra i neurastenici si contano persino eliminatori, schermatori ed alletti. È dunque probabile che il senso di stanchezza non provenga dall'abbondanza dei processi regressivi che accompagnano fisiologicamente il lavoro muscolare, ma dall'azione di altre sostanze, che provocano stimoli paralizzanti di fatica « nei centri nervosi o sulle terminazioni sensitive dei muscoli. Invece il normale lavoro dei muscoli, purché non oltrepassi certi limiti, non solo non dà luogo alla stanchezza genuina, ma attenua le sensazioni malfide e presistemi di falsa stanchezza e forse contribuisce all'eliminazione od alla distruzione delle sostanze anormali.

Una funzione generale che di rado è disturbata nella neurastenia è quella del sonno. Per lo più i neurastenici dormono regolarmente. Se patiscono l'insonnia, ciò avviene temporaneamente, in periodi d'eccitazione o al primo insorgere della malattia. È abbastanza comune invece il fenomeno opposto, cioè la sonnolenza, e molti neurastenici sono distruggitori per invecchiata abitudine o per prepotente bisogno, come se avessero perso un ipnotico. Quel che è paradossale è completo: alla stanchezza ingiustificata si aggiunge il sonno sproporzionato.

SINTOMI PSICHICI

Ciascun, per primo, intendendo l'isterismo, introdusse in clinica l'espressione: *distesi di contrattura*. Con questa espressione egli intendeva designare la facilità per cui, in molti isterici, un muscolo fisiologicamente contratto resta patologicamente *cocontratturo*. Qualche cosa d'analogo si verifica, nel campo dei fenomeni psichici, tra i neurastenici che patiscono l'*idea fixe* od *obsessiva*. Un'idea spuntata fisiologicamente dall'associazione corretta del pensiero, e che non avrebbe ragione di ripetersi, tende a ripresentarsi fuori di proposito, patologicamente, come un tic cognitivo. Quel lavoro d'eliminazione che mettiamo in atto non solo quando studiamo e meditiamo, ma anche quando ci abbandoniamo alla fantasia, e che infuoca l'ingresso nel campo della coscienza a tutte le idee estranee, futili e perturbatrici, rimane indebolito nel neurastenico. E ciò specialmente di fronte all'*idea ossessiva* che altre volte ha violato il divieto,

E la diaresi d'inscrutabilità patologica, l'attenzione si lascia vincere momentaneamente, ma spesso, da un'idea che ripetute visioni hanno reso timida e forte. D'altra parte, è difficile che nella vita d'un nevrotico con ossessioni morali una sola idea inscrutabile. In solito la idee inscrutabili si danno il cambio, benché a lunghissimo termine, ad una ad una, o sono parecchie che dominano e disturbano l'attenzione simultaneamente. Ma nella vera nevrosi non accade mai che l'ossessione si converta in convinzione, in teoria, in dogma o in delirio: tutt'al più prende momentaneamente la forma di un dubbio.

A. Y. di famiglia sana, brillante, operoso, marito e padre stimato, intelligente, tacitato, con cranio ampio, era soggetto ad ossessioni da oltre otto anni. L'idea ossessiva acquistò nella sua mente un'egemonia temporanea, che si mantenne per qualche mese. Talvolta l'ossessione è breve e non dura più d'una settimana, ma per cedere il posto ad un'altra. Altre volte il predominio è condiviso tra due o tre idee differenti che si alternano a brevi intervalli o si presentano assieme. Nella conversazione, durante il lavoro e nelle intense emozioni il malato prova un sollievo momentaneo: appunto perciò si è fatto frequentatore di teatri e predilige i drammi con spargimento di sangue. Ma da vari anni le tregue non durano mai più d'una giornata. La gravità dell'ossessione non è però sempre uguale e spesso permette al malato di passare ore tranquille e quasi felici. Quanto alla facoltà intellettuale, essa è sempre perfetta, e non si è alcun indizio d'indebolimento nell'intelligenza o nella memoria come neppure negli affetti di famiglia.

Nei parossismi dell'inscrutabilità psichica, quando cioè la rappresentazione ossessiva è più che non insistente, tormentosa ed impossibile a scacciarsi, l'infetto si sa preda a un'idee convulsiva, anch'essa (ossessione), senza alcun carattere ossessivo. Il fin è costantemente limitato ai muscoli della fronte, dell'orbita e della guancia destra, e si partecipano alcuni altri muscoli, fra quelli della spalla sinistra. Possiamo con sicurezza lo stato ossessivo che anticipa e seguono soggettivamente l'estraneazione di questo le morbo.

1.° Il malato fu travagliato giornalmente per quasi un anno dall'idea tormentosa, che egli si rifletteva alla coscienza fra 200 o 300 volte in 24 ore, di domandare a sé stesso: *inmanente: o che cosa sono io? perché lo sono invece quella mia forma? perché non ne hanno un'altra? e che diverranno dopo la mia morte? e come si trasformeranno? e dove andranno? e saranno le mie come quelle degli altri? e che cosa sarà avvenuta della schiera di mio padre?* ». Tutto ciò, rimbombava contro perfino dell'unità dei suoi problemi e della serietà della loro origine.

2.° Ogni parola contraria, un caso che interviene la circolazione d'una storia, una persona che lo urta, una faccia antipatica, una voce stridula, una parola sgarbata, si impietosa nella mente del malato con l'insinuazione dell'ossessione. Ne resta preoccupato tutta il giorno, si pensa, si ripensa anche quando non vorrebbe, ne trae conseguenze interminabili, ne resta oppresso e angustiato, e studia quasi sempre in vano il modo di combattere o di neutralizzare con idee allegre la rappresentazione di lui è dominato.

3.° La paura di diventare pazzo, benché naturale nelle sue condizioni, assume sempre l'idea fissa, senza corrispondenza effettiva, in quanto

il malato va almanaccando: « se l'essere andato una volta al Manicomio per visitarsi un amico possa influire sul suo stato mentale, se l'aver visto, nominato o pensato un matto possa essere occasione allo scoppio della pazzia, se l'aver toccato od avvicinato il parente d'un matto possa nocergli nella stessa maniera, se il toccare o l'avvicinare egli stesso qualcuno dei suoi — dopo d'aver pensato ad un pazzo — possa trasportare la pazzia nella sua famiglia, se, affinché ciò avvenga, è necessario che impazzisca anche lui, ecc., ecc. ». A tutte queste domande, di cui il malato ammette con enfasi sincera l'assurdità, la ragione risponde invariabilmente no; ma la neurastenia ripete il quesito come un ribuzello senza curarsi della risposta negativa.

4.^a Ogni cosa — persone, oggetti, avvenimenti — può essere piacevole o spiacevole all'infermo in altissimo grado; ma solo il sentir pronunciare una sillaba contenuta nel nome d'una persona suscita gli mente angoscia, lo trascina nell'abisso delle associazioni incoercibili, gli rivivifica il terribile ricordo, e cagionandogli un tormento di parecchie ore, soprattutto per l'amarezza di dover riconoscere che la malattia non disarmi, gli guasta una giornata cominciata lieta. All'idea od alla sillaba impastata ecco il malato costretto a contrapporre un'idea o sillaba simpatica di pari forza. Allora, come uno spettatore passivo, il malato assiste al duello tra le due opposte rappresentazioni, e non è raro il caso che la più lieta vinca la triste, finché, a furia di ripetere, diventa espressiva a sua volta.

5.^a Il malato non può tollerare certi contatti: ha abolito la camicia di tela, il colletto, le mutande; veste di lana in tutte le stagioni, e il solo vedere qualche cosa d'innadato gli mette riacapriccio. Non può tollerare certi colori: una camicia a fiori azzurri è per lui tormentosa come quella di Nesso, ma se, pensando intensamente ad una rosa od al cielo d'occidente durante il tramonto, riesce a dimenticare l'azzurro, finisce col tollerare quella camicia, e in grado di toccarla e d'indossarla per un giorno senza soffrire assai. Di queste vittorie si compiace e discorre come d'un grandissimo successo superato, d'un gran pericolo scongiurato, sebbene sia il primo a dichiararne l'enorme futilità, a mostrarne «forno» e meraviglia.

6.^a Basta che in un paese, in una trattoria, in un teatro l'infermo abbia parlato, rivolto lo sguardo o il pensiero ad una persona simpatica perché quel luogo gli divenga a sua volta uggioso od insopportabile per settimane e per mesi. L'immagine di esso lo assale come ad accessi, ripetutamente, terribilmente, e scompare in modo incoercibile per riapparire più tardi. Altri paesi, trattorie, teatri hanno influenze altre e benefiche.

7.^a Anche un fatto ridicolo, un ricordo piacevole, un impulso al riso od alla lubbertia moderata possono tradursi in rappresentazione incoercibile, così da determinare, almeno da principio, uno stato d'idegria, che solo dopo qualche giorno finisce per diventare angustioso. Però in generale l'infermo è serio, gentile ed abbastanza accorto per non lasciar trasparire le peggrie costituzioni d'animo agli estranei.

8.^a Se X. Y. legge e la sua attenzione si distrae alcun poco dall'argomento della lettura, spesso gli avviene che una determinata parola, sia pure astratta o indifferente o di significato indistinto e incompleto, come gli avverbi e le preposizioni, si levi stabilmente nella sua coscienza, suscitandovi idee e stati d'animo non sempre peggiori, ma insistenti e incoercibili.

9.^a Le idee fisse possono assumere carattere di programmi attivi, d'impulsi, che però l'infermo sa prudentemente coonestare e rendere tollerabili con pretesti ingegnosi.

10.^a Non solo le idee spontanee, ma anche le idee imposte nel suo

correlati con la persuasione; per esempio) le suggestioni del medico possono, se vengono istituite in momenti opportuni, acquistare quella temporanea egemonia che tuttavia, diventando morbosa, perde ogni virtù benefica e disturba l'attività logica. Cessa l'ossessione della malattia e subentra quella della guarigione.

Malgrado tutto, l'infermo assale all'arte sua, è contento di vivere e s'anzira una lunga vecchiaia.

La diagnosi d'incoercibilità psichica è la sorgente delle monofobie e delle ossessioni isolate che costituiscono il quadro della paratenia. Essa si associa quasi sempre con fenomeni sensitivi e motori di nevrosismo; ma anche all'autore d'una simile concomitanza, la natura nevrotica delle ossessioni e dell'incoercibilità psichica in genere è abbastanza ovvia per autorizzare la fusione della psicostenia con la nevrosismo. Gli ammalati di paratenia ceduto all'ossessione appaiono per la paura preventiva di soccombervi; e questa paura è la conseguenza della intensità con cui risentono e della preoccupazione con cui analizzano tutti i fenomeni subietivi che si svolgono nella loro coscienza, da quelli inferiori della sensazione fino ai processi più elevati del pensiero. Se, malgrado la continuità di questa preoccupazione, i nevrotici si arrestano quasi sempre ad una o poche idee ossessive e non diventano vittime di qualunque rappresentazione che attraversi per caso la loro mente, ciò avviene perché la ripetizione d'una rappresentazione continua ne aumenta la forza morbosa in modo da pregiudicare l'adito non solo alle idee normali, ma anche ad altre ossessioni di tono differente.

Per quanto l'idea fissa sia futile per rapporto al suo contenuto, non le sogna indurlo ch'essa sia del tutto accidentale per rapporto all'origine. L'attitudine a trasformarsi in una ossessione non è propria di qualunque idea; e infatti vi sono dieci o venti temi favoriti, non più, che servono a tutti i nevrotici del mondo civile. Essi sorgono da una paura fredda ma profonda che per la sua prevalenza costituisce un aspetto individuale del carattere. Se un predisposto alle idee costanti è colpito dalla nevrosismo, quella psittacinità parziale, insignificante, spesso occulta e pur tipica che forma la singolarità del suo carattere, sarà il punto di minor resistenza, donde precompie il tema dell'ossessione. E se i temi si contano non oltre a dieci o venti (ed anche meno), è perché le varietà psicologiche dei caratteri sono in fondo assai poche.

Agrafobia. — Il timore di non aver forza sufficiente per attraversare uno spazio vasto, come una piazza (*Platzangst*), una via od una sala, non ha nulla di comune con l'ansietà-obscura. Anzitutto si tratta sempre di semplice ansietà senza ostacolo; e poi, a riprova della differenza, sta anche il fatto della facilità con cui, malgrado la loro paura, i malati rie-

scorre e camminare, purché si stiezi. L'agorafobia condanna i malati ad una vita sedentaria, ma spesso intellettualmente attiva o non inerte, e più frequente negli episodi di nevrosi acuta che nelle forme croniche; e storicamente è la varietà di ossessione che attirò per la prima l'attenzione di WESTPHAL, diligenti occasione di illustrare le idee inaccessibili e di distinguerle dalle convinzioni deliranti.

N. N., negoziante, intelligente, coniugato senza figli, anteo cuore, soffrì di sifilide in gioventù. Ora ha 40 anni e presenta tutti i segni dell'agorafobia. Dirige la sua azienda commerciale dalla propria casa, conferendo ogni mattina col suo socio d'affari; da lui partono le iniziative e i progetti; a lui fanno capo le lettere e gli affari più importanti. Il socio stesso, ne conviene, lodandosi dell'avvedutezza di cui dà prova il malato. Basta al malato la presenza o la vicinanza d'un bambino o d'una persona conosciuta per avventurarsi nelle strade; ma, ancorché con tale espediente gli riesce di camminare, è sempre dominato dalla paura che la compagnia gli venga improvvisamente a mancare per una combinazione qualunque. All'agorafobia si associano altri disturbi nevrotici, come l'esagerazione dei riflessi patetici, intenso tremore delle palpebre ad occhi chiusi, tremore delle mani, formicolio estremo, intolleranza della luce. Non si sono sintomi di paralisi progressiva, né di tabe dorsale. Mancò il fenomeno di Argyll-Robertson, non vi è miopia; non vi furono mai dolori in cintura. I disturbi nevrotici durano da tre o quattro anni. Si pensa alla possibilità d'una tabe incipiente o d'una nevrosi neoplastica; ma la cura specifica mediante iniezioni di sulfato corrosivo è inefficace.

Misofobia (HAMMOND) o rupofobia (VERG). — Forse il timore di non resistere ad un lungo cammino, ossia l'agorafobia, ha radici nelle emozioni di due temi o di spaurimenti che assalgono il bambino ai primi esordi dell'interesse e che rimangono scolpite nel cervello dell'adulto, benché dimenticate, appunto per la loro antichità. L'orrore della sporcizia è un prodotto dell'educazione, ma non ha origine meno antica, né meno profonda. Guardare e non toccare è un precetto dei più insegnati ed anche dei più ostici ad una mente infantile. Per incalcare l'importanza si ricorre ad artifici, attribuendo a certi contatti un pericolo immaginario per la salute e per l'incolumità personale. La tradizione educativa ha percorso e oltrepassato la bacteriologia, creando centinaia e migliaia d'incompatibilità tattili, che si possono considerare come aspetti speciali della schifo, ossia come piccole paure. Il fatto sta che la misofobia è la forma più comune d'ossessione.

Signora di 38 anni, maritata, molto agata, istruita, alta, robusta, elegante, soffre da tempo immemorabile di misofobia. Essa non può capacitarsi o bisogna riconoscere che in teoria ha ragione) come la polvere e le infamie della strada si lascino entrare negli appartamenti per mezzo delle scarpe. Perciò l'ammalata, malgrado le sue altitudini intellettuali, lava ogni mattina con le proprie mani il pavimento della camera dove ha dormito, anche se si trova all'albergo; cambia spesso di resi-

denza e di casa; proclama la Spagna perché a Madrid ha scoperto un albergo conforme alle sue esigenze di pulizia, e costruge i propri inquilini a cultured certe pantofole collocate alla soglia di casa prima di salire la scala comune. Questa costagna dracconiana ha provocato l'emozione di tutti gli inquilini e lo sciopero dei portini a cui doveva essere affidata la vigilanza; ragiona per cui la casa è vuota. L'animalata non dà la mano a nessuno; appena un visitatore esce dal suo salotto, li lavare in terra; e cambia spesso di cameriera. Ma i conoscenti che ignorano la sua asinità non si accorgono di nulla, perché la signora sa dissimularla con rara abilità e la sua conversazione non presenta assolutamente alcuna animalata.

Signora di 29 anni, florida, avvenente, d'abitudini modeste, è affetta da attero-nevrosismo. Un giorno sulla scala comune di casa, proprio davanti alla porta del suo appartamento, vede lo sterco d'un cane. Ne prova uno schifo tale, che da quel giorno non pensa più ad altro. La possibiltà d'un contatto con qualche particella di sterco mino è il suo incubo continuo e la causa della sua infelicità. Ha cambiato di casa e di città; ha abbandonato temporaneamente il marito, tornando nella famiglia paterna e anche rinchiusendosi in casa di salute; ha tentato molte cure. Ma non si è guato della terra che, essendo abitabile per l'uomo, non sia infestata dai cani. La paura del cane e delle sue escrezioni non lascia in pace questa animala che, tra molti disturbi nevrosistici ed isterici, di questi solo è intollerante e si lagna.

Signora di 36 anni, madre di famiglia, è affetta da melanconia generica. Perda i guanti di filo, ma non se ne sente garantita a sufficienza. Se deve prendere in mano un oggetto qualunque, anche pulchissimo, per esempio il cappello accuratamente coperto e riposto nel suo armadio, comincia nell'intimità della sua coscienza una battaglia. Quel cappello è stato esposto alla polvere della strada; la spazzola che l'ha pulito è anch'essa un nido di polvere; come fare a toccarlo? E toccandolo coi guanti, non bisognerà in seguito lavare i guanti per toglierseli e per rimetterli? Allora l'esitazione assume proporzioni angosciose; l'animalata diventa pallida e affannosa, piange, si dispera, si accoca d'inotre una pazza, una cattiva moglie, una madre caparriosa e frivola. Più volte s'è confessata e più volte ha desiderato la morte. La sua nevrosismo è associata a calcele occipitale, dura da tre anni, e non è suscettibile che di effimeri miglioramenti merce la cura in caso di salute o in comparsa.

Patofobia. — La patofobia è stretta da intimo e logiche affinità con la melanconia. I miasmi, la polvere e gli altri veicoli di malattie sono infatti causa di schifo non meno che di pericolo per la salute. Tra tutte le malattie, le più temute nel campo delle ossessioni sono: la rabbia, la tubercolosi e la sifide, appunto per modo improvviso o subdolo con cui possono assalire l'uomo più prudente del mondo.

L. R. è un tarchiato campagnolo e non è mai stato morso da cani; ma sa che in paese vi furono casi di morte per idrofobia, ha paura dei cani vaganti e pensa che l'idrofobia possa trasmettersi anche senza morsicature per mezzo della saliva che i cani perdono dalla bocca e

lasciano rotolare sul terreno. Il vento può sollevare quei granellini in polvere continui. E così via via. La psicofobia di questo compagno è d'antica data e si accompagna con sintomi spiccati di nevrosenia; formicolii agli arti, mal di capo occipitale, esagerazione dei riflessi patellari, stitichezza.

N. N., alto funzionario dello Stato in pensione, sessantenne, morto di vizio cardiaco, soffriva per molti anni di nevrosenia. La psicofobia l'aveva indotto a tappezzare di soffa le pareti della sua casa, qualunque fosse poco distante dal lusso, per meglio ripararsi dal freddo. Il timore del terremoto gli aveva suggerito di fortificare i muri del fabbricato con armature superflue e costose. Il desiderio di svuotare giornalmente e regolarmente l'intestino, superando la prevenzione di non riuscirci, l'aveva spinto a costruirsi una latrina d'urgenza accanto alla stanza da pranzo. L'attività del cablo, o per dir meglio la paura del freddo, aveva ispirato allo stesso infermo un'altra (dea architettonica, quella di installare al primo piano del suo vilino una gran terrazza, coperta da vetri, in modo da privare di luce diretta tutte le finestre e le camere che davano sulla terrazza. Così d'un grazioso vilino aveva fatto un'abitazione scomoda ed inestetica. Questo signore, mentre era ancora in attività di servizio, viaggiò l'Inghilterra per incarico del Governo italiano, servendosi sempre di treni espressi, non solo per meglio adempire la sua missione, ma anche per poter contribuire la corsa al passaggio dei treni. È evidente che la nevrosenia aveva fatto palliare una quantità d'ossessioni simultanee, che non ebbero termine se non con la morte.

M. L., inventore, colibe, maestro di musica, è affetto da nevrosenia e sistofobia. La sistofobia non si presentò che per qualche mese al parossismo d'un accesso nevrastenico, ma raggiungendo un grado d'intensità veramente eccezionale. L'infermo era di passaggio a Parigi quando, malgrado il suo timore specifico, stretto da uno stimolo imperioso, andò a visitare una scuola d'alto rango, ebbe con lei contatti intellosi e poco più che telepatici, e infatti la sua sistofobia divampò come un incendio gigantesco non tanto al ricordo del contatto carnale quanto al pensiero d'aver toccato con la mano nuda la maniglia lucida d'una porta che poco prima era stata aperta dall'ospite padrona di casa. Era inutile indicare al malato l'infondatezza dei suoi sospetti o le eccezioni che si potevano opporre a simili sospetti: 1.^a erano passati vari mesi e mancava ogni segno iniziale di sifilide; 2.^a mancavano e fortiori i sintomi della sifilide secondaria; 3.^a non era né provato, né presumibile che la persona incriminata del contagio fosse sifilitica; 4.^a se anche fosse stata sifilitica, nessun argomento lasciava credere che il virus si fosse depositato sulla maniglia della porta, né che di là fosse passato alla mano perfettamente integra dell'infermo. L'infermo era così invaso dalla paura, così affannoso, così disattento, che le più robuste argomentazioni sfioravano marginalmente il suo cervello senza penetrarlo. Egli coglieva una parola o una frase del discorso, scartandone sopra tutto il peso dei suoi preconcetti; ma non aveva mano d'ascoltare tutto il ragionamento, perché la paura era più forte dell'attenzione. Tuttavia non era in delirio: la sua ossessione non oltrepassava il livello d'un delirio, ma era un delirio tormentoso, atroce. Questo infermo, entrato in una casa di salute, guarì; ed ora canzonza i nevrastenici che soffrono d'ossessioni; anzi non riconosce né la psicosi, né la nevrosenia; e dice che si può guarirne con uno sforzo di volontà, ciò che non crediamo affatto, malgrado l'autorità del giudizio.

Dismorfofobia. — Fu illustrata la prima volta da Morelli che le diede il nome; è il capicoll teratologico della psicosi, perché consiste nella paura d'essere o di diventare deformati. Anche qui la fobia non si riferisce ad una mostruosità qualunque, ma ad un'anomalia localizzata e specifica, che, se fosse vera, costituirebbe un'infrazione minima dei canoni estetici.

Una giovanetta di 17 anni, anemica, bella, tenera che un improvviso rossore ad un processo patologico di pigmentazione potesse guastare l'unitaria del suo regolarissimo nascente. Certo volte al giorno interrogava lo specchio e rivolgeva lo sguardo ansioso alle sovracciglia per essere rasserenata; poi rideva e piangeva della sua paura. Di notte, spento il lume, la dismorfofobia tornava a picchiare alla porta della sua coscienza sospira e le impedisce di dormire. Bisognava riaccomodare il letto, correre in fretta allo specchio, rasserenare o leno, col pericolo di ricadere in un secondo accesso di dismorfofobia notturna. Ma il sintomo era meno compromesso da questo maniero energico e spietato che dalla fobia inerte con una paura che non sceglie ragione. Un cura ricostituente migliorò, ma non guarì la dismorfofobia fatale.

Una ragazza di 24 anni, di gradevole aspetto, con interessanti reazioni, con stigmi isteriche, che vive in famiglia, è dominata dal timore d'essere troppo rossa. Le sue guancie sono effettivamente un po' rosse, quantunque l'ammalata sia anemica; talvolta soffre d'edemi transitori di natura essorici al piede. Ma questo rossore e queste irregolarità vasomotorie, senza attitudi, non costituiscono né una minaccia alla salute, che è buona, né un oltraggio all'estetica, che è rispettata. E anche difficile discernere se, nella sua paura, l'ammalata sia suggestionata da un'approvazione ipocritica o da un eccesso di vanità femminile. Il suo contegno non dimostra la minima vanità e i suoi apprezzamenti su possibili malattie sono del tutto ragionevoli. Nonostante, questa signorina commette strategie e imbroglie per diminuire il rossore, più presunto che reale, delle sue guancie. Apre le finestre durante la notte in pieno inverno; ha dato l'esperienza a tutte le maglie; sta senza calze.

Questo caso non è da ascrivere all'*erectofobia*, perché il novante affettivo non è la vergogna.

Una fanciulla di Palermo, che appartiene ad una famiglia di patti e di ricchezze, la cui madre soffre di tosse e d'altri disturbi essorici, è tormentata dal pensiero continuo d'aver la testa sorda. Anche questa malata è una ragazza florida e intelligente; la sua testa leggiadra non ha alcun difetto.

Paura della responsabilità. — Sotto questa denominazione, a cui sarebbe difficile sostituire un equivalente greco, si possono raggruppare vari casi d'ossessione, dove la timidezza è trasportata dalla capacità funzionale o dalla via organica alla capacità sociale ed alla via patologica. Non si tratta di gravi e serie responsabilità, che rivelano un alto sentimento del dovere, ma d'incerti, misuri, materiali e affatto particolareggiati, da cui l'indiano, più egotista che scrupoloso, teme di rimanere compromesso.

N. N., divorziato « scienze naturali, trentottenne, omologato senza figli, è preso da robe della responsabilità ogni volta che si accinge a scrivere. Un biglietto, una ricevuta, una lettera ai parenti, un indirizzo sono per lui un'impresa pericolosa, perché involontariamente potrebbe sbagliare un errore di data o di parole, da minacciare la sua riputazione. Il malato è spaventato soprattutto dalle cifre che rappresentano prezzi e valori: rifà una somma dieci volte, e quando ha licenziato uno scritto «offre d'impaccio al pensiero di non poterlo più rivedere per verificarlo. Finché si di sorpresa in una casa di salute (contro il suo parere) vorrebbe protestare, implorare la libertà, informare la famiglia; ma piuttosto d'arrendersi a scrivere, rispetta il silenzio. I suoi scrupoli lo abbandonano dinanzi agli esperimenti di laboratorio a cui si dedica per ragione professionale: il malato insegna ed esperimenta come qualunque altro fisico. Invece la sua tenerezza psicastenica si manifesta in un altro campo, quello della gelosa custodia. Per la follia dei numeri e dei decimetri il malato si confida all'inerzia e trascura l'amministrazione del suo patrimonio; per la follia dell'infedeltà da parte della moglie, è un amante domestico. La vita di questi due coniugi è infelicitissima. Allo stato di follia si associa seclusa occipitale, stitichezza, reuma articolare.

Un macellaio di 35 anni bene, vendendo carne, specializzato a molti ed a persone che sospetta d'esser madate, d'incorrere in tremende responsabilità, di diffondere malattie, di passare per assassino. Quando è al banco della sua bottega, si propone sempre di smettere il mestiere: ma ciò non gli suppone di farsi pagare regolarmente, di dare il peso giusto e di saper acquistare il bestiame secondo i prezzi del mercato e il proprio interesse. La tendenza a lasciarsi vincere da un'idea insuperabile si è rivolta, anzi sono ad un altro tema, in modo violento ed acuto: mortogli il padre, il malato rimase sotto l'ossessione di non averne lasciato il cadavere; e riuscì a farlo dissotterrare ventiquattro ore dopo (il cimitero era in una piccola città) per poterlo farciare. E così questa prima ossessione spari; ma non l'altra, che perdura invincibile.

Ereutofobia. — Il timore d'arrossire davanti ad altri risale sempre all'adolescenza, di cui è una manifestazione ordinaria, ma transitoria e collegata col sentimento del pudore. Più tardi il pudore rientra nei limiti di un'istintività tranquilla ed automatica: gli adulti non arrossiscono mai o solo in rare occasioni; essi non hanno quindi alcun motivo di stare in apprensione. Ma la nevrosi può dare continuità o far risorgere l'apprensione giovane coi caratteri d'una vera fobia. I malati temono di dare spettacolo del proprio imbarazzo: di tradire col rossore sentimenti nascosti da cui talvolta ragunano, ma che, per ossessione incorruttibile, non possono fare a meno di rappresentarsi; e così sono sempre in immensa d'angoscia. Spesso arrossiscono davvero, appunto perché il rossore è l'estromissione mimica e involontaria della vergogna: e come tale succede una vergogna ossessiva con altri elementi che alla vergogna fisiologica.

L'ereutofobia è, come la maggior parte delle ossessioni, una timidezza relativa ad un'insufficienza funzionale, che consisterebbe nel non saper frenare il rossore. Questa situazione d'animo si verifica accidentalmente

anche in persone normali, che con un leggero sforzo riescono quasi sempre a deviare la corrente del pensiero dall'immagine verisimile, e così mantengono una fisionomia inalterata. Vi riescono perché non hanno gran paura dell'insuccesso. Nel nevrotismo la paura è continua, intensa e crescente, perché alimentata da ogni nuovo insuccesso; gli sforzi interni, gli scongiuri superstiziosi, gli stratagemmi per impedire o nascondere il rossore sono pari alla paura, ma non sempre efficaci. Alcuni ammalati evitano le compagnie, non avvicinano mai personaggi di soggezione, né giovani di sesso opposto, non osano fissare lo sguardo sopra una frotta di educando o di soldati nel giustificato timore di fare una figura ridicola; e temono al sopravvenire di un'immagine o d'una parola esortativa. Altri interpellano medici e chirurghi dichiarandosi pronti a subire cure pericolose, operazioni deformanti. Per gli ereticiode la maschera di ferro, di romanesca memoria, non sarebbe una fortuna, ma una inscrizione; e se n'è che pensano sul serio di adottare qualche surrogato.

Giovane di 22 anni, laureato in legge, molto intelligente, colto, ricco, è stato in pellegrinaggio presso gli alienisti delle città che percorre per suo diletto. Durante il colloquio con me, non arrossisce mai, nemmeno nei momenti più scabrosi del suo discorso, e ciò è naturale perché, avendo inteso prima il suo amico ad un medico di fiducia, non può temere d'essere frustato, né di parere imbarazzato o ridicolo. La sua parola è facile, perentoria, colorita e il suo contegno disinvolto. Questo giovane non è allo suo primo anno amoroso, è abituato alla società e ricercato nei convogli, dove riesce spesso a il frenare con la forza della volontà il rossore che spunta o a dissimularlo con artifici ingegnosi. Ma oltre all'ereticoide, soffre di erotofobia; e di più presenta un de' tratti letargici. All'inizio di questa ossessione, non ha alcun sintomo di nevrosismo, e le sue falce sono in segreto per tutti, eccetto che per gli intimi.

Ossessione del come e del perché. — L'ossessione del come e del perché, il cui detto latino sostantivo o *Gründesucht*, è l'espressione generica dell'inconciliabilità psichica; o non consiste in altro che nel sentirsi perire, solo studiarsi mentre si pensa, solo sdoppiarsi in uno che pensa e in un altro in che osserva. È dunque un'introspezione ad oltranza, pedantesca, infrenabile e per ciò sterile. Peggio che sterile, quasi introspezione minuziosa ed umanizzata è un vero inciampo al pensiero: nel corso d'un ragionamento finito l'introspezione ossessiva diserta solo per un istante dalla coscienza, ma ricomparsa sul pia bello e si svolge per tutto proprio ora parallela al pensiero legittimo, come la sua ombra, disturbandolo e togliendogli la spontaneità, ora traslata al suo posto, interrompendo o spezzandone per sempre la connessione.

S. C., giovane maestro di musica, istrutto, soggetto a cefalea occipitale e frontale, spesso insonne, stitico, facile a stancarsi, soggetto a polluzioni notturne, insopportabile della luce, dei rumori, della folla, della famiglia e di sé stesso, è in istato di continua e forzata introspezione. La sua introspezione non è sistematica, deliberata e coerente, e perciò non conduce a nessun risultato psicologico; si rivolge alle parole ed alla loro etimologia più che alle idee; e dei ragionamenti non analizza che singoli termini. Lo stesso inferno si paragona ad un impiegato di biblioteca che debba riordinare incessantemente dei libri sempre in disordine, e che perciò non arriva mai in tempo né a leggerli, né a riposare. E infatti l'ossessione del come e del perché non gli lascia tregua. Durante le lezioni di musica il malato analizza ciò che suonano i suoi allievi, le impressioni che ne prova e i commenti indiretti suscitati dalla sua introspezione; e così finisce per ascoltare a mala pena, per non concludere nulla e per soffrire assai. La cura di salute e vari regimi di vita non migliorarono punto le sue condizioni di mente. Per qualche tempo l'insensibilità poetica si sistematizzò sopra un tema prediletto. Uno di questi temi fu il suicidio, ma allo stato di semplice rappresentazione creata senza impulso, né desiderio. Il malato era sotto l'ossessione d'un quadro tenebro, dove compaiva la sua figura: si vedeva in atto di preparare il veleno o la corda, poi sul letto di morte, poi cadavere nella bara e al cimitero, ma non aveva intenzione d'uccidersi ed era il primo a dichiararlo.

R. M., medico in una grande città, attivo, di nite carattere, amante della musica, cade di tanto in tanto in leggeri accessi di nevrosi, durante i quali ha gli ordinari disturbi della sensibilità e dell'innervazione viscerale, più la tendenza ad allucinare. L'introspezione a cui sottomette i propri pensieri è più automatica che filosofica, e quando i pensieri sono mentalmente rappresentati con parole, degenera addirittura dall'analisi psicologica all'analisi grammaticale. Ma quest'analisi è assidua e fastidiosa: il campo della sua coerenza è disputato continuamente tra due personalità, di cui una è logica, tranquilla, cosciente dei propri interessi, l'altra è cocciuta, irrequieta, sofistica, querule e indomabile. La personalità ribelle s'interpone continuamente per improvvisare o spropositare i suoi cose? i suoi perché? i suoi perché? L'altra personalità, che è la vera, cioè quella in cui il malato riconosce sé stesso, è costretta ad ascoltare lo stolido chiacchierio del monello pazzo che allarga nel proprio seno. In questo malato anche certi spunti musicali prendono possesso della coscienza per qualche tempo sotto forma di rappresentazioni incoercibili. Fortunatamente la nevrosi del mio collega è a decorso interrotto, e durante i lunghi intervalli l'ossessione tace.

Idee ossessive d'azione. — Di solito le idee incoercibili sono brevi e indifferenti: non arrivano mai che per l'insistenza con cui si ripetono. Ma qualche volta è disgustoso anche il loro contenuto. Conobbi una donna isolata, il cui padre soffriva di malattia citica: essa aveva inteso dire che quella malattia poteva essere sifilide; e da tale idea, venendole in mente che suo padre avesse avuto una malattia venerea, concepì un'involontaria avversione fisica per lui, un vero schifo ossessivo, che le impediva di mangiare in sua presenza, benché gli conservasse stima ed affetto filiale ed anche dopo che i medici non so-

per coazione o per opportunità avevano dichiarato che il loro malato non era mai stato afflitto». Sono dei puri affliggenti, anche per loro carattere, le ossessioni che hanno per oggetto una presunta incapacità fisiologica; e, fra tutte, l'ossessione dell'impotenza sessuale. È infatti non che il presencetto dell'impotenza erotica si risolve quasi sempre in una triste realtà, disturbando quella spensieratezza e semplicità d'animo che è condizione indispensabile per il normale esercizio delle funzioni sessuali.

Ma, per chi disgustoso ed affliggenti, sono addirittura drammatiche quelle ossessioni che contengono un programma d'azione. Per quanto quel programma non si affacci alla coscienza che come una semplice rappresentazione ossia come una possibilità teorica, esso suscita ben presto la *folie* di non poter resistere alla suggestione supplita dell'idea astratta dell'atto. Se anche si tratti d'atti futili o di scongiuro, il malato si troverebbe spinto, compiaciuto, a render patologica la propria infermità o a farla uscire dalla cornice dei fenomeni subitanei. Ma qualche volta l'atto che si rappresenta sotto forma ossessiva nella mente del nevrotico è un delitto o un'oscenità da far rabbrivire.

È importante a sapere che simili ossessioni con programma ossessivo, oltre ad essere molto rare, non vengono quasi mai attuate. Esse assumono un carattere ossessivo appunto perché ripugnano all'etica, al gusto ed al buon senso del malato; e quella ripugnanza arma contro di loro tutte le forze sane del malato stesso, che riescono vincitrici. Se a quella frivolezza o a quel delitto o a quell'oscenità l'individuo fosse trascinato dalla povertà del carattere o da passioni criminali o da perversimento sessuale, le immagini dell'atto da compiere non sarebbero meschine, ma naturali, e non potrebbero acquistare l'incoercibilità rappresentativa che proviene dal loro contrasto con l'intera personalità del malato. Non vi è sconfitta dove non vi è guerra; e non vi è idea incoercibile, nel senso psicologico della parola, senza un deciso e specifico contrasto. Il contrasto tra l'idea incoercibile e la personalità del malato si manifesta non solo contro il contenuto dell'idea, ma anche contro la sua presenza; alla disapprovazione morale, estetica e logica dell'immagine ossessiva a un'inflessibilità psicologica della sua comparsa. Un normale può rappresentarsi una insulsaggine, un delitto o un'oscenità come qualsiasi altra cosa; uno scocco o un criminale può pensarvi con compiacenza; ma solo un nevrotico in stato d'ossessione se ne sente livido, con disgusto o con rimpugnizio.

Un vecchio medico che vive di rendita e non sceglie la propria professione mi confidò d'essere vittima da oltre trent'anni di immagine

palto a proferee parole scortie e testimonio sconsigliate. Malgrado la persistenza ed ostinazione di questi impulsi, sempre nella medesima forma, il malato non li ha mai tradotti in azione. Vantoso come immagini, le sue ossessioni sono sempre rimaste sconsigliate come impulsi. La psichiatra di questo vecchio signore è ignorata da tutti e presa per semplice nevrosi. Nella famiglia del malato si è eredita psicopatia.

Un altro malato, più giovane, la cui madre morì pazza, quello stesso di cui si parla a pagina 288, soffre di nevrosi con ricorrenti pazzie rare e fortunatamente brevi. Nell'ultimo accesso la follia d'impulsi si somò con quella, ancor più terribile, di potere per una improvvisa aberrazione mentale sconsigliare la propria famiglia, ciò che ha di più caro al mondo. Dalla follia nacque l'impulso, che si rinnovava più volte nella giornata, ma che non raggiunse mai le proporzioni d'un testamento. Questo pazzamento però, anche nel parossismo del suo accesso, che durò alcuni mesi, esercitare la professione e vivere in famiglia senza maltrattare un capello a nessuno. La moglie del paziente era o nonna delle parafobie, ma non seppe mai che suo marito soffriva d'impulsi e tanto meno di quel terribile impulso che minacciava l'esistenza della loro unica figlia. Sono passati tre anni, e in deficit di questa piccola famiglia, almeno nella sua apparente esistenza, non è stata mai rotta.

Non è da credere che i tratti d'origine ossessiva offrano difficoltà diagnostiche sotto l'aspetto medico-legale. Prima d'obbedire all'impulso criminale, il malato se ne duole naturalmente, si denuncia e fa il possibile per trattenersi. È pronto alle cure più delicate, all'isolamento, alla riclusione preventiva. E se, malgrado ogni sforzo, soggiace all'ossessione (il che è rarissimo e quasi impossibile), trova certo testimoni che possono documentare l'origine morbosa del delitto o dimostrare il totale determinismo che esclude ogni responsabilità penale. Manca, ed è ovvio provarlo, la causa ordinaria d'un reato: *voluntas*. È evidente invece la causa psicopatica che si può formulare in un movente parafobico: il delitto è effettuato perché è distrutto un'ossessione, ed è un'ossessione perché riguarda al carattere ossessivo, nato e tenuto dal delirio criminale.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

La vera nevrosi senile è facile a diagnosticarsi se parecchie malattie, tra cui la paralisi progressiva e la demenza precoce, non si rivestissero dei suoi sintomi durante l'esordio. Quando una crisi demenziale è legata a tubercolosi, a carcinomatosi, a calcolosi, a prostatite cronica, la presenza della malattia fondamentale non può passare inosservata: i sintomi nevrotici passano in seconda linea e non costituiscono che una meccana propria della fase iniziale, perché nelle fasi successive primeggiano le manifestazioni particolari della malattia fondamentale.

La distinzione è più laboriosa e talvolta impossibile nei casi di tabe, di paralisi progressiva e di demenza precoce; e spesso si deve aggiornare fino a quando compaiono i primi segni certi di queste malattie organiche. Nei paralizzici progressivi la nevrosi è piuttosto apatica, spesso comatolittica, poco ragionevole; talvolta le idee ipocondriache ch'essa inspira sono storpiate e tentano il delirio; vi è una certa disarmonia tra l'impotenza dei disturbi derivanti dal malato e la reazione affettiva quale si dimostra dalla mimica, dal contegno e dalle parole. Traspare quasi sempre un certo grado d'indebolimento mentale che non può sfuggire né all'alienista, né agli intimi del malato, né sono avvertiti. Ricorda un paralitico agli esordi della malattia, che si sentiva depresso e stanco, presentava rigidità di pupilla e pareva nevrotico; una sera ad un tratto, non trovando il gabinetto, omise di nascosto in un buchiere e commise qualche altro atto di spensieratezza con un'ingenuità serena e prettamente paralitica. Invece i nevrotici veri sono intelligenti, buoni osservatori e descrittivi squisiti. Ma non sempre l'indebolimento mentale dei paralizzici si lascia scoprire; e la diagnosi differenziale non si fa praticamente che a posteriori.

G. C., trentacinquenne, padre di famiglia, che soffriva di sifilide a 17 anni, ammalò di periorbita alla mascella. Si produsse un acceso infiltrato della cavità orale con enorme tumefazione esterna. Incise l'ascesso e guarì dalla periorbita, l'inferno si lamenta d'essere diventato grosso, deforme, grottesco, orribissimo. Ma la sua *dismorfofobia* non è un dubbio, è una convinzione; ed una questa convinzione è trasferita dal malato su tutti gli esseri viventi. Gli uomini sono enormi, toccano quasi il soffitto, e i loro aloni crescono in proporzione; la moglie (bella e giovane) gli desta compassione, tanto è cambiata ai suoi occhi; gli animali soggiacciono alla stessa metamorfosi. Ma le piante e le cose inanimate conservano la loro figura. A questa *dismorfofobia* di falsa lega si uniscono fenomeni d'indebolimento mentale (passività, indifferenza, stitichezza, parità di contegno e i segni somatici della *paralisi progressiva*, come rigidità delle pupille, anisocoria, un acceso apoplettismo).

R. L., cinquantenne, tabetico (morì ad atrofizzazione dei riflessi patetici) soffrì contemporaneamente di due ossessioni: quella della rabbia (*patofobia*) e quella dei gatti (*clastrofobia*). Siccome è viaggiatore di commercio, non può, causa la doppia fobia, né camminare a piedi per paura dei cani, né percorrere certe linee ferroviarie per paura dei treni. Anche l'orrore del *tanfo* si confonde un po' con la patofobia, perchè si impenna soprattutto nel timore di non poter respirare. Il malato è irritable, convinto d'essere malato, ma lucido. Dopo due o tre anni d'ossessioni preludenti alla tabe, si dichiarò una *tabe-paralisi* che travolse in folle, dando luogo a indebolimento mentale e delirio. E dunque il caso d'un acceso *neurotransformation* collegato ad un grave processo organico e che ne accompagna l'innizio.

La demenza jettica esordisce quasi sempre, specialmente nei giovani,

con idee ipocondriache che vengono attratti alla nevrosi. Ma spesso le parostesie e i dolori degli infermi sembrano ostentati: qualche volta non si capisce se il malato scherza o se parla sul serio; altre volte si tratta di sensazioni così strane che non corrispondono al quadro, all'età, al sesso, al tipo, della nevrosi. Il contegno del demente precoce è lieto, pettegole, o indifferente o volubile; insomma non è punto conforme allo stato d'animo d'un nevrotico puro sangue. Se vi sono ossessioni, si presentano a fratto o si succedono a breve termine come in un calidoscopio. Nel rivelarle al medico il malato non è lieto, serio, preciso come il nevrotico, ma disordinato, angosciato, incerto, o spesso si contraddice. Sembra quasi che abbia delle *arrêts-pensées*; ma se esprime male o perché le sue sensazioni non sono nette o perché le sue confessioni non sono sincere.

Un giovane medico, che si laurea con onore, di figura alta e regolare, di modi brillanti, è all'inizio della demenza precoce. Si può stabilire questa diagnosi dalla grave eredità psicopatologica e dalla futura che già comincia a insorgere nel suo contegno. Il malato non si occupa più di medicina, crede di poter imparare senza studiare, né osservare, per mezzo della sola speculazione; d'altra parte obbedisce ai miei consigli letteralmente, senz'ombra di critica, con indifferenza, fino a consegnarsi al Direttore d'un Sanatorio; e si che non si crede umiliato. La contraddizione tra ciò che fa e ciò che pensa questo disgregato infermo diventa ancor più inspiegabile (salvo con la diagnosi di demenza precoce) quand'egli abbandona all'improvviso il Sanatorio per entrare in un vero e proprio manicomio senz'avermi interpellato, di sua iniziativa.

Ovvero, il malato è affetto da *dysmorphofobie*; ma il suo timore, in luogo d'essere respinto come assurdo dalla coscienza, acquista subito il carattere d'una convinzione. Il dottor H... è certo d'esser deforme e di ammirarsi l'antipatia dei passanti, l'orrore dei conoscenti. Egli è appena entrato nel novero dei nevrotici, che già ne esce per passare in quello dei paranoici. Qui si tratta certamente d'una crisi psicasteniforme con caratteri ambigui, che accompagna gli esordi d'una demenza precoce.

Uno studente di medicina di mediocre intelligenza, ma già prossimo alla laurea, comincia a lamentarsi di cefalee, palpitazioni, dolori lancinanti al petto, difficoltà di respiro, aritmia di cuore, smemoratezza; consulta tutti i suoi maestri; si isola dai compagni; trascura lo studio; si dà alla lettura di vecchi libri. Ma in luogo di limitarsi alla parte di sintomatologo, s'avventura alla diagnosi e pretende di scoprire in sé stesso, simultaneamente, la meningite, l'impotenza sessuale, la tife, la tubercolosi polmonare e un vizio cardiaco. Con tutte ciò non è molto triste e le sue conclusioni fisiche sono ottime: è un giovane tarchiato, robustissimo. A poco a poco si dimentica dei sintomi, non ne parla e si comporta come se non li avesse; ma si ostina sempre più nelle sue diagnosi molteplici, ne pretende la conferma dai clinici, le discute, le ripete con ostentazione come un ritornello con accento monotono e indifferente. Battezzato da principio per un nevrotico, riceve la cresima d'ipochondriaco; ma in realtà è un demente precoce. Le idee ipocondriache vanno diventando

oltramarino acutale, e il contegno del malato perde ogni rapporto con sé e con la realtà dei suoi interessi, ma anche con le aberrazioni paranoiche del suo delirio. Sono passati otto anni; non si è più alcuna traccia di nevrosismo, né d'ipocritia, e questo inferno è puntato nella più profonda demenza.

Giovane di 18 anni, alto, magro, pallido, poco intelligente, ma assai studioso, soffre di diverse *folie*, ha paura del fiamme e del contatto coi metalli (foceti, rasoi, forbicini, forbicini, ecc.), è soggetto a rabbia, a gelosia, a parossismi; si lagna continuamente di sensazioni noiose che partirebbero da una cicatrice cutanea, conseguenza d'una ferita accidentale ed antica alla mano sinistra. A questa cicatrice attribuisce sofferenze ineroscibili ed effetti d'irradiazione: dice che la sua attenzione è continuamente richiamata alla ferita, che ciò gli impedisce di studiare e lo rende infelice; che, se non fosse quella ferita, profiterebbe dello studio e potrebbe farsi onore. Intanto si tortura la mente per sostituire immagini esatte, non vuol rassegnarsi a rimanere indietro d'un anno, dà ripetutamente battaglia su tutte le materie ed è sempre sconfitto. Di dieci esami non riesce a superarne nemmeno uno; e ciò avviene quattro volte di seguito in due anni, indegno l'anno di ripetitori e i denotati appelli all'indulgenza per motivo di malattia. Si nutre cure generali che gli valgono, insieme di potassio, glicole alimentare, cambiamento d'aria, vita di compagnia, riposo. Si tenta una cura locale con mire suggestive, prima sottoponendo la cicatrice all'azione del calore di mercurio, poi correggendone l'irregolarità (diversamente) con l'intervento chirurgico, che infatti ottiene, al posto d'una curva un po' frastagliata, rilevata e rosea, una ferita rettilinea, fresca ed ora del tutto buona.

Ogni tentativo è vano: il malato si incaponisce sempre più nella sua ossessione. Ma invece di considerarlo come abile moribondo, lo solleva alla dignità di dubio, poi di convinzione, di uomo, di degno che vorrebbe con pazienza imporre anche alla famiglia ed ai amici. Qualche volta, sentendosi soffocato, va in collera, e la sua collera è sproporzionata, irragionevole, cieca. Un medico ignorante lo diagnosi d'epilessia. Si deve ricorrere alla cura di salite.

Per dirla in breve, il malato attribuisce la *folie* della sua cicatrice, ma ridizze però della vista dei metalli, e masturba in presenza degli infermieri, e cade nel più abietto disordine mentale. Il suo contegno è automatico, assurdo, spesso violento; in parola è rabbia e porta insensibilità senza significato; i rapporti col mondo esterno sono nulli. Si è perduta delle *tee* e dell'orina. L'evoluzione di questo processo demenziale, insieme col nevrosismo ed ossessione, si compie in tre o quattro anni, non senza episodi di catatonia, ma la natura paranoica delle ossessioni impedisce sin dai primi momenti e non passa inosservata ad un abile medico della famiglia.

Molto più rara è la coincidenza della nevrosismo ossessivo con la paranoia. Appena perché la paranoia è un'emozione della mente che non implica alcuna confusione, essa è compatibile con la nevrosismo e permette al malato di giudicare come mitose le proprie ossessioni; ma la costituzione paranoica favorisce la trasformazione delle ossessioni in deliri e talora in razioni irragionevoli, da cui una mente normale saprebbe più facilmente trattenersi.

Un signore cinquantenne, corpulento, che soffre d'alluminuria cistica, di costituzione ipocinetica, ricchissimo padre di famiglia con figli orfani, buon amministratore, intelligente, amabile, è oppresso da una idea in cui sembra a intermedia tra l'ossessione e lo scrupolo. Egli pensa che il testamento dell'avo paterno, a cui deve la sua considerevole fortuna e di cui è in possesso il padre ancora vivente, possa incorrere in nullità per vizio di forma. Il nome del testatore, un israelita tunisino, invece d'essere indicato in lingua araba, è trascritto in italiano. Ora, se l'esiguità di questo errore materiale (se pure è un errore), se gli anni trascorsi (che oltrepassano il periodo di prescrizione), se il giudizio effettivo è indisturbato dall'eccezione, se la mancanza di altri legittimi eredi, né i respinti di cento avvocati fanno mai potuto scivolare dall'animo del malato questa ossessione, Passerus invece ed altri agiti senza che egli ne parli, non ad ogni contraddizione di nevrosismi l'ossessione o piuttosto il dubbio si riaffaccia formidabile. Questo signore, appunto per l'incoerenza in cui si trova se il suo dubbio sia fondato o infondato, oscilla tra la paranoia, dirò gli direi: *è nero* e la nevrosi, che gli permette di credere *è falso*, anzi *è assurdo*. E quest'incertezza lo porta all'ossessivazione. Bisogna concludere che vi sia una costituzione paranoica, altrimenti il dubbio non potrebbe apparire soltanto eppure per un istante; ma non si può negare che in questo fondo latente di paranoia fiorisce uno stato di nevrosismo. Infatti il malato soffre di *cefalea*, d'insonnia, d'irrequietezza, di diffidenza, di pettegolezzi, di nevrosismi al stomaco: desidera d'essere curato, si consulta permanentemente col medico, lo interroga sopra ogni minima, e gli obbedisce in certi particolari come un bambino. Se fosse un paranoico puro, non ammetterebbe d'esser guato. Messa in caso di salute, è violento per paura di perdere la ragione, si ribella, poi chiede scusa. Frattanto è sempre lucido, anche nel culmine dell'attacco nevrosistico.

Un giorno, sotto l'incubo della sua ossessione ed odiando la vigliacchezza della famiglia, si avventurò a mettersi nella botina della sua villa, lasciando 800.000 lire in custodia che aveva scritto appostamente tra i titoli non affidabili del suo patrimonio. L'imprevedibile e stravagante suicidio fu messo a carico della povera. Ma la causa decomminata è estremamente misteriosa: fu abbandonata ad un'ossessione nevrosistica e riconosciuta per tale o fu insidimento d'una povera paranoica scintillante per un reale pericolo? Forse, distruggendo questo potente del suo patrimonio liquido, il malato credeva di salvare la famiglia da una rovina; o invece, pur sapendo di compiere un delirando assassinio al padre, fu vittima consapevole della rappresentazione costata fino alla sua ultima conseguenza?

ETIOLOGIA E PATOGENESI.

Le cause della nevrosi sono l'acquistamento loro, le emozioni soverchianti a qualche volta i traumi; ma al di sopra di queste cause occasionali incombe un fattore più costante: l'eredità similare. Anche in questo la nevrosi somiglia all'isterismo: le scissure non fanno che risvegliare una predisposizione latente. Perciò l'accesso, unico o ripetuto, di nevrosi non vale a snellire la natura costituzionale della malattia, semmai quando guarisce rapidamente senza lasciare alcun residuo visibile.

quanto alla patogenesi, le interpretazioni immaginate dai clinici, malgrado la loro numerosa varietà, non fanno che rispecchiare le teorie fisiologiche della fatica e seguire le vicende. La fatica, come la nevralgia, è certamente assistita nelle cellule dei centri nervosi, ma qual è la sua origine? Tutti s'accordano, naturalmente, nell'attribuirla all'esercizio esagerato delle attività organiche e al maggior accumulo dei prodotti catalitici che accompagnano il dispendio d'energia funzionale. La divergenza consiste quando si tratta di fissare la fonte anatomica dei prodotti regressivi che, penetrando nel torrente circolatorio, avvelenano il cervello. Si suppone *a priori* che, fra tutte le funzioni, possano portare un contributo alla fatica quelle che, per discontinuità e per disuguaglianza di distribuzione o d'intensità, sono soggette a grandi oscillazioni del loro ritmo: è lo stesso che dire le funzioni muscolari e le funzioni nervose. Ma l'esperienza e la fisiologia insegnano che il metabolismo è massimo nei muscoli, minimo nel cervello (pag. 32-33).

Sono quindi da considerarsi come antiquate le teorie che pretendono di spiegare l'intossicazione o l'esaurimento del cervello come un effetto immediato del suo climaismo particolare, sia per insufficiente eliminazione dei prodotti regressivi, sia per insufficiente assimilazione delle sostanze nutritive. Tali sono le teorie di BEAUN, di KAAS, di PÉRIE, e in parte anche quella di DE FÉRY, tutte ispirate alla « convinzione che la nevralgia derivi dallo strapazzo psichico e che il sopralavoro, come pure il lavoro della corteccia cerebrale, abbiano una grande importanza nell'economia chimica dell'organismo ».

La maggioranza dei clinici propende oggi a considerare la nevralgia come una reazione a distanza. Il cervello (qualche volta il solo anello spinale) è irritato dal passaggio di prodotti tossici che si versano nel sangue e provengono da alterazioni generali. Questi prodotti del ricambio esercitano un'azione poco diversa da quella che si produce fisiologicamente quando il catabolismo muscolare è rilevante: e così si determina un senso illusorio di fatica, spesso anche una vera astenia. HAYEM pensa che la nevralgia dipenda da alterazioni dei processi digestivi che darebbero luogo a prodotti disadatti, inadeguati alla nutrizione e renderebbero la ripartizione fisiologica inferiore al consumo. Secondo BOCHARD, la dilatazione di stomaco, la stasi, l'ipocloridria provocano fermentazioni putride, ossia una specie d'indigestione cronica, che in realtà chiamerebbe molti casi di nevralgia, ma non tutti. Secondo GLENARD, i nevralgici si troverebbero sempre in uno stato complesso di enteropatia con atonia gastrica e un disturbo « del chimismo epatico, che dipenderebbe da queste condizioni anatomiche e che costituirebbe l'agente tossico della malattia: teoria ipotetica, esclusiva e mal compresa, che probabilmente non è mai vera, nemmeno in casi eccezionali.

Sono più verosimili e in grado d'abbracciare un assai maggior numero di casi, per non dire la totalità, le teorie che imbrano la fonte dell'agosto biosico non in un singolo apparecchio funzionale, ma nell'intero organismo. Così AXENFELD, HITCHCOCK, LEBRON e BERNHARDT rinvengono la nevrasstenia all'artritismo, ossia la considerano come un perversimento del ricambio generale, che è caratterizzato soprattutto dall'insufficienza costituzionale dei processi d'ossidazione.

L'artritismo, il diatesi, la gotta, l'obesità (BERNARDI) sarebbero le varie espressioni cliniche di questo perversimento; e la nevrasstenia rappresenterebbe la varietà nervosa del medesimo gruppo nosologico. La diatesi nevrasstenica è molto affine alla diatesi arterio-sclerotica (RIBOT), ed entrambe si allacciano « come anomalie collaterali » come cause o come effetti al gruppo delle malattie indicate da BERNARDI. Ma oltre alle aberrazioni del ricambio generale è giusto tener conto particolare di quelle intossicazioni che provengono esclusivamente dall'inerzia miscelata e chimica dell'intestino (BICCHIERO).

Una leggera anomalia del ricambio generale e la scarsa eliminazione di prodotti regressivi, siano normali o no, non bastano a produrre né febbre, né sopore, né delirio; ma, come la fatica e la sonnolenza fisiologiche, sono sufficienti a determinare effetti subattivi d'ossimetro: stanchezza, parestesie, idee incoerenti. A questo effetto concorre da una parte il vizio costituzionale od accidentale del ricambio, ma dall'altra anche l'intolleranza sempre costituzionale della cellula nervosa di fronte ai veleni fisiologici in genere o a qualcuno di questi veleni in ispecie. Se l'intolleranza è massima e generica, si ha la nevrosiemia allo stato continuo, perché l'organismo non è mai completamente libero di qualsiasi prodotto regressivo; se l'intolleranza è minima e specifica, la nevrasstenia non si manifesta che ai episodi. Ma in ogni modo questa cooperazione della sensibilità nervosa è costituzionale e soggetta alla legge dell'eredità sinuare; il chimismo generale non esercita nella patogenesi della nevrasstenia che un'influenza complementare. All'azione tossica il metabolismo autoctono dei centri nervosi non può concorrere che in proporzioni insignificanti.

CURA.

Se la nevrasstenia è determinata da un'intolleranza assoluta e generica a qualunque veleno fisiologico, la cura non potrà avere altro scopo che quello di regolare nel modo più perfetto il ricambio generale, diminuendo i rischi dello stancamento chimico e quindi le sofferenze dei malati. Essi potrebbero proporsi come scopo rimedio anche di portare la sua opera risa-

entrare nel seno stesso della cellula nervosa, cambiando gradualmente il tipo funzionando della sua reattività funzionando o ricominciandolo nel limiti della norma; ma i metodi per raggiungere un così alto scopo sono finora in falta dell'empirismo. Se invece la costituzione nervosa non è così accostata a vi è motivo di credere che se palesi solo di fronte a certi veleni, bisogna cercare con cura le fonti dell'intossicazione o dell'esaurimento che agiscono come causa complementare. Rimossa questa causa prossima, si potrà ragionevolmente sperare d'avere rivolto al silenzio, se non all'insensibilità, la causa fondamentale.

Storicamente i metodi di cura più usati o meno famosi sono quelli che mirano a riparare un'ipotesi debolezza nervosa mediante il riposo alimentare o mediante l'assoluta riposo o mediante rimedi donati d'un presunto potere rinvigoriscente. Il riposo si applica con norme minuziose che furono adottate anche nella cura dell'isterismo e che riescono efficaci in alcuni casi, ma che non sono generalizzabili (v. cap. XIX). L'assoluto riposo non è di alcuna utilità e, obbligando i malati all'ozio, favorisce le idee paranoiche, le ossessioni, le suggestioni. Qualche po' si ricorre ai ricostituenti, molti di essi o specialmente i composti di fosforo con acido la metica sale di cui sono circondati e che in gran parte si deve al preconcetto d'una fisiologia trascurata.

Il trattamento che si offre meglio alla grande maggioranza dei nevrastenici è più igienico che curativo: alimentazione moderata (Vigorizante, mista, sufficiente in quattro pasti giornalieri; allenamento progressivo negli esercizi fisici, ginnastica da camera, passeggiate, stadi, rapa, vita di montagna, sobrietà, astinenza relativa) dei piaceri sessuali. Se vi è perifericità, sarà facile vincere con questo regime e con l'uso di acqua alcalina. Durante i periodi di massima depressione nevrotica o d'ipertensione arteriosa si ricorre alla stricnina. Spesso il benessere generale ritorna al risaltarsi del tono normale nel circolo, e per arrivare abitualmente bastano mezzi assai semplici: il soggiorno nell'alta montagna oltre a nulla altro, il cambiamento d'aria, un bagno caldo e breve, un bagno fresco o tiepido, un astiato di riaccomiatamento lontano dalla luce e dai rumori, un po' di cibo, una tazza di thè non troppo caldo, un bicchiere d'acqua intaccata o d'acqua pura che interrompano il lungo intervallo postprandiale di digiuno o riscaldiscono la persona interna nell'alloro circolazione.

Questi mezzi modesti riescono efficaci se sono applicati con metodo e perseveranza. Ad essi va aggiunto il trattamento psichico. I nevrastenici hanno bisogno d'interrogare il loro mallo, di proporgli questi immutabili, utili, non ragionevoli, che non si trovano menzionati nei libri. Per rispondere a simili quesiti occorre intelligenza, serietà di spirito,

calatezza d'esposizione. Il medico che riunisce queste qualità è in grado di soddisfare le pungenti curiosità dei malati e di sollevarli dal loro scoraggiamento. Così egli acquista su di essi un ascendente, senza di cui sarebbe impossibile sottoporli ad una disciplina igienica.

La terapia psichica è un coefficiente necessario della disciplina igienica, perché ne rende ragione, coordinati e quindi imperativi i precetti. Alle suggestioni *verbal* del medico si aggiungono le suggestioni *silenziose* dell'ambiente: la montagna, con la sua solitudine grandiosa, distrae lo spirito dalla contemplanza della misera individualità, semplifica il modo di vivere e riveduta il modo di pensare. Talvolta, meglio dei viaggi e dei divertimenti numerosi, spezza la coscienza dalle idee incoerenti.

Nella terapia psichica è compreso un certo grado di esercizio, intendendo che deve andare di pari passo con l'esercizio fisico. Il programma dell'attività mentale o fisica non giustifica in maniera da generare distrazione, non sazietà, fatica o preoccupazione. Bisogna esterrefazione la mente dei nevrotici, ridurla a questioni generali, elevate ed obiettive. Si cura l'attenzione trascurando sistematicamente; si cura la nevrosi inducendo i malati stessi a trascurarsi, a superare i propri releggi, le proprie paure, le suggestioni del proprio egoismo. Ma una simile dimostrazione richiede tempo, abilità e competenza: anzi se il medico, come qualche volta avviene, ne sa meno del malato,

CAPITOLO XIX.

L'isterismo

L'isterismo è un'attitudine costituzionale, per lo più ereditaria, dei centri nervosi a reagire in modo patologico sotto l'azione di stimoli che riescono inavvertiti o insignificanti nei normali. Queste reazioni paranoiche, con cui l'isterismo si manifesta dall'adolescenza in poi e talvolta dall'infanzia in tutte le sfere dell'innervazione, sono positive e negative, permanenti ed effimeri, frequenti e rare, parziali e generali, futili ed importanti, a seconda dei casi e dei momenti, ma non senza limiti e norme; e tra gli stimoli che le provocano primeggiano le emozioni, sempre potenti e capricciose nel loro effetto anche tra gente sana e ben confermata. Di fronte alle leggi fisiologiche, l'isterismo è dunque l'illegittimità, non l'anarchia. Più che una malattia è un'anomalia dell'equilibrio nervoso, a cui forse corrisponde un'anomalia (e non grave) dell'equilibrio chimico. Perciò l'isterismo non è né causa, né effetto d'alterazioni anatomiche; non conduce mai alla demenza; e le sue manifestazioni, per quanto localizzate e continue, non sono mai irreparabili.

Si pretende che tutti i sintomi dell'isterismo siano d'origine psichica, cioè che derivino da una squisita suggestività. E infatti non v'è neppure uno tra i fenomeni isterici che non si possa riprodurre alla perfezione per mezzo dell'ipnotismo. Prima di diventare reazioni, questi fenomeni morbosi sono immagini, sia pure fuggerali; uscendo dal foco della coscienza, per una speciale irritabilità dei centri reattivi, acquistano valore d'impulsi. Forse l'immagine retrocede, per vie centrifughe, nei centri inferiori dell'innervazione inconsciente, con un processo fisiopatologico analogo a quello dell'allucinazione. Ma sono sempre immagini mosse in azione? Gli isterici, si dice, tendono a eseguire senza volerlo tutto ciò che pensano; ed è vero. Ma essi eseguono anche ciò che non pensano, che non ricordano d'aver pensato e che non hanno effettivamente mai pensato; e il loro potere d'esecuzione (o d'ommissione) invade il dominio dell'innervazione inconsciente. Non è così degli ipnoti-

zali, che obbediscono sempre ad una suggestione: esplicita o senza parole, presente o dimenticata, questo non importa. Vi è nei centri nervosi degli isterici la possibilità costituzionale di funzionare in modo indipendente o invertito o ipertonico od inotografo, con associazioni e dissociazioni di cui sono incapaci le persone normali, e che gli stessi ipotizzati non sarebbero in grado di obbedire senza l'intervento d'una suggestione formale. Questa *plasticità funzionale*, estendendosi a tutti i processi d'innervazione, ha un campo ed un significato più ampio di quelli che sarebbero assegnabili alla semplice suggestività. La suggestività degli isterici è dunque un aspetto, una parte, « ben grande, d'un fatto più generale, cioè della facilità con cui i centri nervosi agiscono « un po' all'infuori delle regole, delle milizioni » delle « proporzioni ordinarie ». Ma isterismo e suggestività non sono la stessa cosa; ed è una pura ipotesi che dietro a qualunque fenomeno isterico vi debba essere una suggestione ispiratrice.

Salvo questa riserva, bisogna convenire che la suggestione, l'auto-suggestione, l'imitazione incoercibile, la paura, ogni sorta d'emozioni, un mal essere fisico, un lieve turbamento della coscienza e persino un trauma, agendo su persone isteriche o predisposte all'isterismo, provocano sia un episodio corrente, sia la comparsa *ex novo* e in età adulta d'un isterismo fino allora latente. L'*accès hystérique*, la così detta *nerve attack* francese o *zafirog apax*, anch'essa, non è che isterismo: e il trauma che ne è l'occasione, ma non la causa, è quasi sempre lieve, talvolta minuzioso; in altre parole non opera che trasformandosi prima in un trauma psichico, in un'auto-suggestione. Tanto è vero che tra l'avvenimento traumatico e lo scoppio dell'isterismo intercede sempre un periodo di preparazione: CHANCOUR le chiama *admirable période de méditation*.

Se alla produzione dei fenomeni isterici concorre come causa occasionale l'auto-suggestione (o la suggestione altrui), ciò non significa che la sintomatologia dell'isterismo sia in tutto o in parte un puro effetto del rapimento o della simulazione, come si propendeva a credere prima di CHANCOUR. Talvolta nelle persone isteriche la volontà può bensì impedire l'accesso a qualche sintomo isterico; ma non sempre essa è in grado di governarli integralmente. Per acquistare forza isterogena, bisogna che il sistema nervoso si abbassi contro volontà per lo meno al monoteismo imbecille dell'auto-suggestione. Questo stato mentale quasi auto-sciente è più efficace della volontà, perchè modifica processi e funzioni su cui la volontà non ha alcun dominio.

Tutto l'isterismo, come quella specie d'isterismo artificiale che è l'ipnotismo, spaziano, più largamente della vera pazzia, negli stessi confini del sistema nervoso: dovunque penetra l'influenza, coerente o no, del-

l'intervazione, ivi può arrivare l'isterismo; ma i più caratteristici dei suoi sintomi si svolgono appunto nelle forme inferiori dell'affettività nervosa, come sarebbero il tono muscolare, le funzioni vasomotorie, il tremore. Perciò, mentre il punto di partenza da cui muovono gli stimoli provocatori è localizzabile nei centri psichici e talvolta assume senz'altro l'aspetto d'una rappresentazione cosciente o quasi d'una volizione, gli effetti della reazione isterica non hanno che ben di rado una veste psichica o non sono attaccati allo stato d'animo, al carattere morale del soggetto, alla suggestione isterogenica, che per virtù d'un legame morboso, talvolta insuperabile.

In somma, l'isterismo è un'anomalia che le persone normali non saprebbero contrariare nepper volendo: se lo potessero, non riuscirebbero a persistervi. Ma d'altra parte gli isterici e le isteriche si distinguono immensamente dai veri pazzi. Per quanto le loro irregolarità d'intervazione siano d'origine psichica; per quanto la suggestione sia in certo modo la chiave di tutti gli enigmi isterici e l'isterismo sia stato definito con ragione *una* *psicosi*, è un fatto che questi nevropatici sono individui lucidi, intelligenti, pochissimo esposti ai profondi disordini della mente. E spesso anche il loro carattere morale è ben lungi da quella fatuità e da quel pervicacemente di cui l'ha gratificato la tradizione.

SINTOMI.

Tra i sintomi dell'isterismo si distinguono i parossismi e gli stati interparossistici. I parossismi comprendono non solo il grande accesso e il piccolo accesso, ma anche gli episodi più o meno prolungati di paralisi, di contratture e di turbamenti acuti nel campo dell'intervazione vasomotoria, trofica e viscerale. Gli stati interparossistici sono caratterizzati dalle suggestioni sensoriali e psichiche, cioè dalle anomalie attuali della sensibilità generale e specifica, del tono muscolare, dell'affettività e del ricambio chimico.

Grande accesso isterico. — Il grande accesso isterico è il sintomo patognomonico della così detta *ipero-epilessia*, ma, come insegna CHABOT, non ha nulla che fare con l'epilessia. L'isterismo e l'epilessia possono coesistere in uno stesso malato e può avvenire che un isterico diventi poi epilettico; ma gli attacchi d'isterismo sono sempre distinti da quelli d'epilessia, e non vi è crisi o sintomo in cui le due malattie si sommino o si confondano.

Nell'accesso isterico è sempre assai chiara l'origine emotiva. Il suono delle campane, un organo di Barberia, la comparsa del medico, l'illuminazione improvvisa d'un ambiente oscuro, un temporale, una porta

stabilita, una cattiva notizia, un'ingiuria, una minaccia, il sopravvenire della menstruazione bastano a provocare una crisi convulsiva o qualche cosa d'equivalente.

Queste crisi sono precedute da uno stato d'aura, che assume forme caratteristiche e costanti in ogni soggetto. L'aura isterica non è istantanea come l'aura epilettica, e qualche volta si presenta per proprio conto senz'essere seguita da alcun accesso. Gli ammalati Aina e Aeri: sono tristi, interiorizzati, impazienti, irritati, piangono per nulla o si abbandonano ad un'angoscia sfrenata o dormono in sonno agitato di sogni opprimenti o si affaccendano disordinatamente. E questo quadro costituisce l'aura parca. L'aura esuberante consiste specialmente nell'esagerazione di tutte le auto iperestetiche ed isterogene, che diventano dolorose a sede di nevralgie o di spasmi. Il dolore isterico, testa la cervice al vertice del capo, il solo isterico, l'ocnistolo, le catene sono sintomi la prepotenza d'un accesso. Una forma specializzata d'aura isterica è quella che avviene in associazione.

Dall'aura, perdendo ogni residuo di volontà e talvolta anche ogni traccia di coscienza, i malati passano all'accesso propriamente detto. La scuola di CHARCOT divide l'accesso in quattro periodi. Il primo è il periodo epilettico con le convulsioni tonico-cloniche e con una crisi finale di riabilitazione accompagnata da respiro stentato: durante questo fase il collo si gonfia e le pupille, dopo essersi ristrette, si irraggiscono (PARR). Segue un periodo d'arabesco, in cui i malati o le malate assumono atteggiamenti da attori, si abbandonano a contorsioni satiroiche, imprecatorie, svariate, violente, in contrasto con le leggi dell'estetica, del pudore e quasi persino della gravità. Tra questi atteggiamenti è da notare l'arco di orobol, per cui il corpo dell'isterica si solleva sul letto come un ponte a volta, mentre la testa e i talloni si avvicinano e formano gli unici punti d'appoggio; l'ortiglo o griffe evolvibile dove la mano è flessa fortemente, le ultime due dita sono chiuse e le tre prime distese, rigide e divaricate; i movimenti di salamelecce; le oscillazioni del bacino che imitano il coito; e tutta la plesica teatrale degli isterizzati. Il terzo periodo dell'accesso è quello degli atteggiamenti parafasici: mistici, erotici, serafici, lacrimosi, con allucinazioni o con sogni che ricordano lo stato sonnambulico degli ipnotizzati. Gli infermi sono immobili e sembrano raccolti nella preghiera, crocefissi, rapiti in estasi amorosa, attenti in ascolto d'una voce lontana, minacciosi coi pugni chiusi e lo sguardo torvo, infervorati a scrutare il terreno formicolante d'insetti (scopisti). Durante questo periodo le isteriche sono in grado di parlare e talvolta parlano in tono fallico. Così parlavano alle tinte finaliche le pitonesse e le sibille. A poco a poco i movimenti cessano, gli atteggiamenti pla-

sue si risolvono, la coscienza ritorna, e il malato s'affligge, piange, si disperà o si mostra avvilito, taciturno e sospettoso, o si abbandona ad un delirio più o meno protratto, che chiude l'accesso.

Secondo BRUXNTER, questa successione regolare di periodi non è che un prodotto artificiale, una suggestione scolastica della Salpêtrière, la credi che BRUXNTER abbia ragione. Alla Salpêtrière convenivano innumerevoli isteriche, affascinate dal nome d'un grande maestro; studiate, esposte al pubblico, soggette alla reciproca imitazione o addirittura all'emulazione: facili a cadere gradatamente in un isterismo di maniera. Il grande accesso è il loro esordio di isteria. Con questa non intendo dire che l'isterismo della Salpêtrière e in particolare l'accesso isterico-epilettico siano il puro effetto d'una suggestione involontaria; ma la suggestione opera ancora completa, riordina, cristallizza le manifestazioni irregolari dell'isterismo greggio.

La scuola di Charcot, malgrado le sue banalità, ha dato prova anche nello studio dell'ipnotismo d'essere guidata da precetti. Mentre si dormiva d'attorno al più stretto empirismo, elevava a regola, a legge, osea a precetto ogni collegamento fornito di manovre che interpretava come cause specifiche (la compressione del capo, l'apertura degli occhi, l'applicazione del magnete) con reazioni che interpretava come effetti specifici di quelle cause (lo stato sonnambulo, lo stato cataleptico, la poltrizzazione dello mnestico o della paralisi al lato opposto e persino ad altre persone). Così ricuperò le illusioni della metalloterapia, del transfer per mezzo di calamite, dei rimedi con nome a distanza; e così si formò un codice dell'ipnotismo, che pretende di schematizzare in tre stadi rigorosamente distinti le manifestazioni tumultuarie del sonno ipnotico, e di assegnare un determinato affetto speciale ad ogni stadio. Se l'ipnotismo si rivela con reazioni regolari in serie ordinata, ciò dipende dall'educazione e da un'abitudine individuale o d'un dato ambiente.

Modificazioni dell'orina durante i parossismi. — Il grande accesso isterico o, in grado minore, tutti i disordini parossistici dell'isterismo determinano per pochi ore uno stato di *psoriasi* (orina nervosa) con minzioni poco frequenti, ma abbondantissime d'orina incolore ed insidua: per sino 700 gr. per volta. Ma la quantità d'orina nella giornata è press'a poco normale. Mentre nelle persone sane ed anche negli isterici, all'infuori dell'attacco, la secrezione urinaria lascia un notevole residuo, il peso di questo residuo discende subito dopo l'attacco dalla media di 40 o 52 gr. (per 1000 d'orina) alla cifra di 25 gr. E questa diminuzione avviene in buona parte a spese dell'urea. Secondo le ricerche di CAMILLON e GILLES DE LA TOURNAI, l'orina convulsiva offre un'altra particolarità ancor più caratteristica: essa è assai povera di fosati. L'acido

fosforico, dalla dose di due grammi o due e mezzo nelle 24 ore scende anche a metà d'un grammo. Se poi si analizza più minutamente, si vede che questa specie di oligofosfaturia è quasi interamente a carico dei fosfati alcalini, mentre i fosfati terrosi sono in aumento. Nell'urina normale l'acido fosforico è unito agli alcali (sodio e potassio) in proporzione tre volte maggiore che non alle basi terrose (calcio e magnesio); invece nell'urina isterica (parossistica) la formula dei fosfati è alterata. I fosfati terrosi stanno ai fosfati alcalini non più come 1 a 3, ma come 1 ad 1. Questo fatto ha ricevuto un nome improprio per eccesso: si parla d'*osseresque* nella formula dei fosfati, mentre si avrebbe ragione di dirlo invertita solo nel caso che il rapporto 1 : 3 si trasformasse nel rapporto 3 : 1.

Secondo questi stessi autori nulla di simile si verifica durante l'attacco epilettico; anzi avviene il contrario. Invece l'accesso isterico, se anche si manifesta in forme attenuate, determina sempre una diminuzione poi o meno notevole dei fosfati alcalini con aumento dei fosfati terrosi; e la quantità complessiva dei fosfati è scemata di circa un terzo. Questo antagonismo tra i risultati urologici dell'accesso isterico e quelli dell'accesso epilettico (che accresce l'eliminazione dei fosfati e dell'urea) vale come criterio alla diagnosi differenziale tra le due malattie; e le due formule rispettive, ciascuna dal canto proprio, servono di base alla diagnosi diretta. Immediatamente dopo l'accesso isterico, tutto il residuo fisso è notevolmente ridotto: cioè non solo l'urea e i fosfati, ma anche i cloruri e i solfati. Gli urati e l'acido urico sono in diminuzione alla loro volta.

Pare che l'urina parossistica degli isterici perda grandissima parte della sua tossicità (Rosc), e che ne occorrono 200 cc. per ogni chilogrammo di peso se si vuol decidere con incertezza un cane od un coniglio. Secondo MAHET, ciò si dovrebbe alla scarsità delle materie coloranti. L'accesso adempirebbe l'ufficio ufficio d'aggravare l'eliminazione dei principi tossici.

Del resto, fra tutti questi dati urologici, il più fondamentale, il più dimostrativo e il più dimostrato è quello della poliuria: poliuria momentanea per angoscia, che si verifica facilmente anche nei non isterici quando sono stati esposti ad emozioni od a freddo. La povertà del residuo fisso non è che una conseguenza della poliuria; e l'alterazione nella formula dei fosfati è un aspetto, non molto facile a spiegarsi, di questa povertà. Quanto alle differenze tra l'urina isterica e l'urina epilettica immediatamente dopo l'accesso, esse hanno un significato abbastanza semplice. L'accesso epilettico provoca un consumo straordinario e rapidissimo d'energia muscolare che accresce il residuo fisso delle urine. Invece l'accesso isterico, malgrado la sua esteriorità appariscente, è una crisi psichica di poco momento, che lascia quasi inalterato il chimismo generale e non produce altro effetto interno che quello dell'urina spastica.

Stadia isterica. — CHARLOT, BOURNEVILLE, GILLES DE LA TOURETTE e BICHLER osservano che esiste uno stato isterico analogo al così detto stato epilettico. Si tratta d'accessi convulsivi che si succedono in serie per un periodo di settimane o di mesi, e che possono raggiungere il numero d'un ventotto o più al giorno. Vi sono malati che cadono in convulsione alcune migliaia di volte durante un periodo di pochi giorni. Naturalmente in questi casi si tratta di accessi rudimentali e lievisimi. Gli attacchi in sè non rassomigliano assai all'epilessia, ma se ne distinguono perchè non sono accompagnati da febbre e da pericolo di morte, sia perchè ogni tanto, in mezzo alle convulsioni, la coscienza l'interrompe o con un atteggiamento passionale o con una rapida ricomparsa della coscienza. Qui ha valore più che mai anche il criterio differenziale dell'orina e del suo residuo febbrile: ad ogni modo questo criterio si applica non solo in confronto all'epilessia generale, ma anche all'epilessia jacksoniana, che si potrebbe più facilmente confondere con l'isterismo. Anche nell'epilessia parziale gli elementi costitutivi dell'orina durante le 24 ore sono regolarmente identici (CARPÉLLEAU e GILLES DE LA TOURETTE).

Le epilessie isteriche assumono ordinariamente la forma dello *stadia hysterico* o *tré de voir*, perchè, scorrendo in continua estremo e tra quattro pareti, sono soggette ad uno scambio continuo d'inflessi suggestive, emotive e imitative.

Parossismi minori. — Il grande accesso si può presentare sotto forme incomplete, fruste o di equivalenti isterici. E in questo caso la coscienza, che è abolita durante le crisi classiche, è pienamente integra. Si hanno così i *paroxysmes accensés* o lo *stadi de petit mal*.

Un'espressione caratteristica del piccolo isterismo è quella dei *tics*. Benchè i *tics* si possano presentare anche in individui quasi normali o nevrosati o semplicemente neuropatici, come persistenza epilettica d'una abitudine contratta nella fanciullezza, essi appartengono all'isterismo tutte le volte che costituiscono la così detta *maladie des tics* (GILLES DE LA TOURETTE). Nella malattia dei *tics* la scossa è ritmica, regolare, non dolorosa e provocata da un'emozione; non s'accompagna ad altri segni o segni d'isterismo che permettano di distinguere dai *tics* volgari, e fra gli altri, spesso, a capofilo, i *tics* rappresentano un complesso sistematico di gesti d'imitazione o di espressioni repulsive o di movimenti professionali. Alcuni malati fanno l'atto di prosternarsi; altri voltano il capo da una parte e torcono la bocca; altri si affiggono con sussulti ripetuti nelle spalle; vi è chi si pieghia rumorosamente nel petto come se recitasse il *Credo*, chi tiene le mani sul letto come sopra un'incudine, che muove in aria, chi va perforando dalla sua seggiola, vi sono i saltatori e le danzatrici (*corées saltatoires*).

Tutte queste forme di nos possono costituire una crisi di piccolo isterismo, il loro ambito circoscritto e il fatto d'essere coscienti non li rende meno imperiosi ed energici. Alcune malate, poco prima d'essere prese da un accesso di tics, ne avvertono gli astanti affinché si separino dagli urti. Dai tics si passa, con un crescendo d'estremità motorie, agli spasmi ritmici ed alla corea ritmica. Gli spasmi ritmici sono movimenti più grossolani e vasti dei tics, ma sempre parziali: la corea ritmica è uno spasmo generalizzato che guizza da un gruppo muscolare ad un altro e che si regola da solo la ritemperazione a pause isocronie. Dalla corea ritmica, quand'è assai grave e accompagnata da incoscienza, si torna al grande accesso, perchè in tal caso i movimenti coreici assumono l'aspetto e il carattere delle convulsioni cloniche o degli atteggiamenti passionali con cui si confondono. Ma anche la corea ritmica rimane nettamente distinta dalla corea volgare o di Sydenham, che non è punto ritmica. È vero d'altra parte che l'isterismo, da quel proto che è, può presentarsi anche con l'apparenza della corea vera, cioè in forma aritmica; ma in questo caso il marchio dell'isterismo si scorge nelle altre stigme o nell'origine emozionale.

Alla stessa famiglia sintomatica appartengono la così detta *corea elettrica* od *elettrolepsia* (Bazin) e il *paramioclono multiplo*. Anzi la corea elettrica non è che una varietà infantile (Pruski) della corea ritmica: « solo è da tener presente l'enorme differenza che la separa, malgrado la parziale coincidenza di nome, dalla corea di Denisi ». La corea di Denisi è una malattia dolorosa, mortale, riflessiva e probabilmente primitiva; di più, come ogni altra forma di corea, tranne l'isterica, non si manifesta per accessi ma in modo continuo. Quanto al paramioclono multiplo, esso non è che una varietà di mioclonia fra le tante; e se, come tutt'altro che frequente, è sistematico e ritmico, può acquistare un significato pari a quello della corea ritmica. Secondo Mearns e secondo Strömberg, il paramioclono multiplo è sempre un sintomo dell'isterismo.

Episodi morbosi. — Gli episodi morbosi dell'isterismo differiscono dagli accessi perchè sono meno violenti e spesso cronici; differiscono pure dalle stigme perchè, se anche cronici, non durano tutta la vita. La loro durata può variare da poche ore ad alcuni anni; e molto spesso non sono che l'esagerazione d'una stigma abituale o l'attuazione d'una *fantasi* che costituisce anch'essa una stigma. A questo gruppo di sintomi appartengono certe reazioni vasomotorie e trofiche come pure le paralisi, le contratture, le parossismi e le anestesi. Tutto ciò forma il quadro più frequente e più importante dell'isterismo all'inizio degli accessi: perchè è naturale che le stigme permanenti, non mettendosi in evidenza che durante l'esame del medico, sono quasi sempre ignorate dagli infermi e considerate come

una particolarità non morbosa o come un segno di squisita sensibilità o come un privilegio.

Tra i disturbi vasomotori, se ne vedono di molto singolari. Gli isterici vanno soggetti ad ecchimosi sottocutanee, ad edemi, ad emorragie, che dipendono da una diatesi. E questa diatesi vasomotrice costituisce forse uno dei cardini dell'isterismo, perché alle reazioni congestive ed asfittiche che si vedono debbono aggiungersi quelle che non si vedono e che, consumandosi nell'interno dei visceri e del cervello, possono essere addirittura, senz'alcuna inverosimiglianza, dello stesso carattere e delle stesse variazioni affettive che angustiano e caratterizzano la vita dello isterico. In altre parole tutti gli uomini ricorali e gli infelici psicologi che, per la loro fantastica rapidità, superficialità e indeterminata meraviglia i profani e non sono spiegati dai medici che si occupano d'isterismo, hanno forse per substrato meccanico questi disordini vasomotori, che si superoccano, si localizzano e poi svaniscono. Sotto l'impressione viva d'un trauma leggero, ma doloroso o temibile, si produce per esempio un angiospasma locale: o l'angiospasma è talvolta così rapido e così potente, da impedire l'emorragia. Infilzando uno spillo nella pelle d'una isterica o d'una ipnotizzata, avviene qualche volta di scorgere tutt'intorno un'ovale di pallori col diametro d'un millimetro o due. La dermografia è il fenomeno opposto, cioè uno stato d'angioiparalisi provocato da uno stimolo non doloroso che sollecita leggermente la pelle.

Reazioni analoghe a quelle della dermografia si possono ottenere con l'applicazione di metalli e di carta, con il magnete, col contatto d'un dito ed anche con niente, ossia per semplice suggestione. Io ne ottenni a comando sulla superficie dorso delle mani in un'isterica ipnotizzata all'ospedale Mauriziano di Torino. Avevo all'estremo gradualmente l'annullata alle ecchimosi sottocutanee, adottando come mezzo prima una moneta, poi un pezzo di carta delle stesse dimensioni, poi il contatto d'un dito e infine il semplice comando; e mi riuscì di produrre alla presenza di testimoni e in pochi istanti delle vere stigme che assumevano comunemente la figura di croci. Le così dette stimmate in senso stretto, come apparivano spontaneamente su fogli di lettere o di cuori trafitti sulle mani dei santi durante i loro rapimenti estatici, non sono altro che ecchimosi sottocutanee d'origine rappresentativa, che la diatesi vasomotrice rende possibili negli isterici. Come il timore di fare una cattiva figura, ossia il sentimento della vergogna richiama il sangue alle guancie delle persone normali, così una rappresentazione qualunque, purché precisa ed accompagnata da una speciale emozione, produce un'angioiparalisi momentanea nella parte del corpo rappresentata, se la pleiometria isterica apre alla rappresentazione centrale l'isolato sfogo nei rispettivi rami dell'intervazione periferica.

Non solo ecchimosi, ma emorragie avvenute sopravvengono non di rado o da sé o come fenomeno vicino della mestruazione in un numero d'isteriche tutt'altro che indifferente. L'ipotesi, le emetici, le postverrapi e persino le enterorrapi, che simulano malattie gravissime, possono non essere che manifestazioni d'isterismo. Grawert pubblicò un caso di *emorragie periodiche dell'occhio* in una isterica con membrana timpanica perforata. Se in luogo d'emorragie isterico si producono semplici congestioni interne o stati opposti d'astrosia locale, si capisce che possono nascere molti fenomeni finora poco spiegati nell'economia delle funzioni secretorie, trofiche e psichiche. Una simile patogenesi è ovvia, ad esempio, per la poluria o per l'oliguria come pure per la perdita della coscienza.

La natura isterica di questi fenomeni, presi uno per uno, risulta provata dal modo speciale con cui si presentano. Così nella *pseudo-di* isterica lo sputo sanguigno, benchè possa arrivare a qualche cucchiaino, è sempre povero d'elementi ematici e di più ricco d'epitela pavimentoso, di filamenti di leucociti e di residui alimentari. Un altro fenomeno vasomotorio è l'edema, e gli specialisti dell'isterismo ne descrivono tre varietà, tra cui la più comune è il così detto *edema azzurro*, un edema compresso ed inelastico; l'*edema rosso*, più caldo, è puro d'origine congestiva; mentre l'*edema bianco* ha per causa un'edema locale. La sede preferita dell'edema azzurro è nelle mani e nelle parti paralizzate o contratturate o trasmutate o comunque annulate, per esempio nelle articolazioni dolenti per *artrosi* isterici. Il fenomeno che porta il nome di *area hysterique* non è che edema isterico delle mammelle (talvolta unilaterale) a cui si aggiunge il dolore; è insomma una *mastodinia edematosa*, e si osserva spesso isolatamente come espressione d'isterismo monosintomatico od anche associato ad altri sintomi isterici. La mastodinia isterica conduce facilmente ad errori di diagnosi, perchè qualche volta non è soltanto la cute sollevata in pieghe dall'esaminatore, che si mostra dolente, ma la pressione sveglia dolore nella ghiandola mammaria.

È probabile che dipendano da vaso-costrizioni e da angiospasmosi localizzate la *pseudo-onfite* di petto, la *pseudo-erisipela* di *Afeniore* e alcuni casi di febbre isterica poco accentuata che però si verifica parzialmente all'ascella e non al retto o viceversa. Naturalmente non si possono spiegare a questo modo né la vera febbre, né gli abbassamenti termici generali. Che l'isterismo dia luogo a simili perturbazioni della termogenesi è cosa tuttora assai dibattuta: STRAUSSER non crede alla febbre isterica, mentre SCHAMANN e molti altri ne registrano esempi rari, con rialzi termici a 43° e fino a 44°; e MINAKIEWICZ riporta casi di abbassamento termico a 35°, a 34°, a 32° senza collasso, che attribuisce ad isterismo.

Dopo i fenomeni vasomotori vengono secondi in importanza, benchè

più appariscenti, i fenomeni di movimento. Nell'isterismo vi è una distesi di *svoltestesi* che conduce alle paralisi, ed una *distesi di contratture* che conduce alle contratture. Tra le paralisi, le monoplegie della gamba sono assai rare; meno rare quelle del braccio, specialmente del sinistro. Sono invece assai comuni le paraplegie e più ancora le esôplegie. Alla paralisi si associa molto spesso l'anestesia; così l'empiegia isterica è quasi inseparabile dall'emanestesia, e all'emanestesia si somma spesso la sordità o l'amaurosi o l'agrosia o l'incoscienza sia dalla stessa parte, sia dalla parte opposta, sia bilaterale; per cui il più delle volte la diagnosi differenziale di fronte all'empiegia capsulare non è punto difficile.

Le paralisi isteriche sono spesso accompagnate o seguite da rigidità; ma ve n'è anche di flaccide. In ogni modo, la contrattura non è un fenomeno che le segua tardivamente ad inflessibile scadenza o con esagerazione dei riflessi, come avviene nelle paralisi capsulari e corticali; perché la contrattura degli isterici è anch'essa un episodio isterico che entra in scena all'improvviso e spesso per conto proprio, cioè senz'essere preceduta, né seguita da alcuna paralisi. Del resto, non vi è alcun gruppo di muscoli volontari che si sottragga alla possibilità della paralisi isterica. La paralisi del facciale, che da Brousseau e da Marmè veniva nell'isterismo segata e che pochi neurologi avevano osservata, non è una pura apparenza dovuta, come credevasi, alla contrattura unilaterale delle labbra, ma è un fenomeno dell'isterismo e non dei più rari: BAILLET, tra gli altri, descrive un'ammalata che, parlando, sembrava in atto di fimar la pipa dalla parte paralizzata.

Caratteristica dell'isterismo è l'incapacità a reggersi in piedi ed a camminare, mentre le gambe esercitano la forza ordinaria nelle contrazioni che compiono in posizioni orizzontali o stando a sedere, come è facile a verificarsi col dinamometro! BLOCH per primo descrisse questa singolarità dell'isterismo col nome di *astasia-abasia*, nome che lo è rimasto e che riassume esattamente uno stato di cose sulla cui verità e frequenza si hanno innumerevoli conferme.

L'*astasia-abasia* non è da confondersi con l'*afasia* o *algebra* (*alôgeia*), sebbene anche questa sindrome, che può durare qualche decennio, sia da riguardarsi come propria dell'isterismo. Per BROTHMAN, l'*afasia algebra* è una nevrosi à sé; ma per MARMÉ non è che isterismo, e per SHANNON, STRANSKY, EMB, BOSSYANETS, MINOZZINI è isterismo mononominale, a cui non corrisponde alcuna lesione materiale, malgrado la lunga durata della malattia.

L'*astasia-abasia* (non dolorosa) si presenta in due forme diverse: vi è una forma atassica che deriva da incoordinazione ed una forma veramente paralitica che dipende da debolezza. La varietà atassica è piuttosto una *dolèssia*.

Una forma frequentissima di paralisi è quella che rende mutive le corde vocali, dando luogo all'*afonia isterica*. Al contrario dell'*afonia da catarro* o da congestione, l'*afonia isterica*, che comparece all'improvviso per cause psichiche o ignote, ma all'insorti dall'azione del freddo, può essere combattuta vittoriosamente con l'esercizio vocale; e basta questo per riconoscerne l'origine psicogena. Talvolta l'*afonia isterica* si prolunga in modo da simulare una tubercolosi della laringe; ma è facile a riconoscersi per quello che è veramente, grazie alla assorità della base. Quando l'*afonia* ha per base un'infermità locale della laringe, è afonia anche la base.

Oltre alla paralisi del laringeo superiore, gli isterici possono andare incontro ad un vero stato di mutismo. Anche il mutismo isterico è d'origine emotiva e costituisce un'imitazione completa dell'*afasia corticale senza anaplegia destra*. Tuttavia l'ammalato di semplice isterismo differisce notevolmente dai veri afasici: non si sforza ad articolare parole, non cade mai in parafasia, ma dà di piglio alla penna e scrive senz'esitazione, abbondantemente, invece l'*afasia mutrice* non si discosta mai dall'*agrafia* (DUBOIS). La guarigione del mutismo isterico avviene, al solito, per crisi, ed è certamente in forza d'un episodio simile che potrebbe esser vera la leggenda, secondo la quale il figlio di Creso, muto, ma non sordo, ricuperò la parola per dire al soldato seneco: «Non uccidere mio padre!». Del resto il mutismo isterico può combinarsi persino con la sordità; ed allora si verifica il caso del *sordomutismo isterico*, che è l'unica forma possibile di sordomutismo acquisito ed acuto. MEXON descrisse un caso in un uomo di 31 anni che aveva sofferto fin dalla gioventù di malaria e poi di grande isterismo.

La *diatesi autotossica dell'isterismo* non finisce qui. Essa può tradursi in altre paralisi del tutto sistematizzate o assolutamente parziali. Si videro infermi cadere di pombo appena chiudevano gli occhi, presentando il fenomeno di Romberg in forma addirittura perfetta. Non mancano le descrizioni d'*orbotropia totale* con immobilità degli occhi, con amimia e con una certa difficoltà nei movimenti della lingua (BALLY); e sembra che questa sindrome si avveri più specialmente in quei casi in cui l'isterismo si complica col morbo di Basedow. Un sintomo noto dell'isterismo è la *atrofia*, per così dire, acuto che può far pensare a meningiti, a sifilide cerebrale, a tubercoli solitari, e che si accompagna, naturalmente, con *diplopia*. L'incoordinazione dei muscoli dell'accomodazione può dare luogo a *diplopia accomodare*.

Il meteorismo è un incomodo molto comune fra le isteriche. Qualche volta anche questo incomodo si deve riferire alla diatesi amosensitiva, perchè le ammalate, avendo il dono poco invidiabile di poter inghiottire dell'aria a loro piacere, non la smettono per la via dell'esofago, ma la

lasciano discendere nell'intestino; ciò avviene, come dimostra Esquivel, in causa d'una speciale *accostamento del plesso* o di semplice *infiltrazione*.

Un illustratore non recente, ma assai esperto dell'isterismo, Brodyer, ha raccolto la statistica delle paralisi isteriche in 115 casi per verificare frequenza nelle varie parti del corpo:

Paralisi dei muscoli principali del tronco e dei quattro arti	1 caso
» dei due arti di sinistra	10 »
» dei due arti di destra	12 »
» delle due braccia	3 »
» del braccio sinistro	2 »
» del braccio destro	2 »
» della gamba	18 »
» della gamba sinistra	1 »
» dei piedi e delle mani	2 »
» della faccia	6 »
» della laringe	3 »
» del diaframma	2 »

115 casi

A questa statistica non vi è da notare che una sola chiezzione: le *monoplegie*, specialmente del braccio, sono forse più frequenti di quel che appaia dai dati susposti. In quei tempi non si conosceva ancora l'isterismo traumatico e poiché una buona parte delle monoplegie appartiene appunto a questa varietà di nevrosi, esse dovevano necessariamente sfuggire all'indagine, per quanto coscienziosa, di Brodyer.

Com'è naturale, nelle paralisi isteriche mancano i *guizzi muscolari* e la reazione degenerativa, ciò che serve a distinguerle di fronte alle paralisi periferiche e nucleari.

I fenomeni spontanei dell'isterismo sono ancor più numerosi. Tra di essi primeggiano le *contratture* che Charcot considera come l'espressione di una speciale *dinatesi di contrattura*. La *dinatesi di contrattura* consiste in questo, che, date certe circostanze, ogni contrazione dei muscoli, volontaria od automatica, studiata od accidentale e magari anche passiva, si trasforma in *contrattura*: una caduta, una distorsione, un dolore, un movimento un po' spinto, l'immobilità passiva, la paura, la remissione o la presenza d'una paralisi in un'arto, in un muscolo o in un gruppo di muscoli bastano a mantenere in contrazione forzata quell'arto, quel muscolo o quel gruppo di muscoli. Uno scolaretto isterico annalò di trisma per aver ricevuto uno schiaffo dal pedagogo; una madre isterica annalò di *monoplegia del braccio destro con rigidità* per averlo dato.

Le contratture dell'isterismo non assumono carattere catastrofico che dà luogo il grande accessio, quando le annalasi si atteggiato ad *espressioni*

possibili, ma, anche in questo caso, esse rassomigliano alle comuni contratture che s'incontrano nelle malattie organiche. Si hanno contratture effimere e contratture permanenti; si hanno anche contratture per imitazione. Tutte queste contratture, mentre si presentano come quelle d'origine organica, si comportano diversamente: per lo più svaniscono durante la narcosi, ma talvolta persistono nel sonno.

Quando lo stomaco è sofferente per una causa qualunque, sia per lieve o sia per grave, la diatesi spastica si manifesta con eransi ed anche col vomito incoercibile (Broussais). In questo caso è efficace la lavatura dello stomaco o la semplice introduzione della sonda. Tuttavia l'irritabilità dell'esofago può rendere difficile questo rito «epetente di terapia suggestiva».

Se l'isterica è sollecitata da un minimo stimolo nella mucosa nasale o da una sensazione analoga, non è raro il caso che i suoi muscoli espiratori entrino in una serie di contrazioni spasmodiche ossia in un parossismo di sternali, che poi diventano abituali. Si conosce egualmente una tosse spasmodica dell'isterismo, che può esplodere periodicamente ad ora fissa o in una determinata posizione del corpo. È assai caratteristico anche il singhiozzo isterico: esordisce un'ammalata che ne soffre per anni dalla mattina alla sera, e nemmeno la suggestione ipnotica bastava a farlo cessare, finché per qualche ora. Contro questo sterno, a cui non si sottraeva del tutto neppur le persone normali, è noto quanto giovi la sorpresa; e un comando autorevole può metter fine alla piccola crisi. Ma il singhiozzo degli isterici è più durevole. Nell'isterismo è possibile, ma raro, lo stadioglio spasmodico. Un'ammalata di Cassinot stadiogliava otto volte al minuto, ed era vuol dire una serie di 480 stadiogli all'ora e di 7200 in quindici ore di veglia. Queste inspirazioni incoercibili non cessavano che nel sonno, e si distinguevano dallo stadioglio fisiologico, oltreché per la persistenza, per l'enorme spostamento delle mascelle, talo da minacciare l'asfissia. Lo stadioglio isterico può presentarsi come un fenomeno continuo, ma episodico, ed anche come un equivalente del piccolo accesso.

Il bolo isterico o globo isterico è un fenomeno di gran lunga più frequente e caratteristico, ma non è facile a classificarsi. Può preludere all'accesso, può costituire l'aura d'un accesso abortito e può rinnovarsi abitualmente come la tosse. Qualche volta è complicato con l'aerofagia ossia con deglutizione d'aria. Da un lato è una sensazione o un complesso di sensazioni ed appartiene al gruppo dei disturbi sensitivi; dall'altro è uno stato spastico ed appartiene alle diatesi di contrattura. Infatti è uno spasmo, spesso ritmico, della faringe e dell'esofago. L'isterica ha vani sforzi per inghiottire la saliva, non può bere, a stento riesce a

respirare: donde il senso di soffocazione o la congestione della faccia. GILES DE LA TOURETTE pretende che il globo uterico possa condurre alla morte.

Fra i tremii rapidi e i tremii lenti GUARANT colloca il *tremio isterico*, che considereremo come un'espressione della distosi spasmodica, ma che sotto certi aspetti meriterebbe forse di passare fra i segni d'anestesia. Sembra che gli uomini ne soffrano più spesso delle donne e che sia uno dei sintomi premonitori dell'isterismo traumatico. Del resto, il tremio è, a seconda dei casi, generale (testa, tronco e membra) o parziale, localizzato alle braccia o alle gambe o ad un membro o ad un segmento d'un membro, qualche volta dura dei mesi o degli anni, e l'ampiezza delle sue oscillazioni può aumentare sotto l'azione delle consuete cause isterogene. Quanto alle forme del tremio isterico, il più delle volte sono simili a quelle di altre notissime malattie. Vi è un tremio con 2 o 4 oscillazioni per secondo che simula la parvità *epilettica*; un tremio rapido con 8 o 9 vibrazioni per secondo che imita il morbo di Basedow; un tremio intenzionale di rapidità variabile, che sembra quello della sclerosi e *globosa*; o un tremio delle gambe che, per la sua insolita localizzazione, rassomiglia alla trepidazione della paraplegia spastica. Il reperto negativo dell'autopsia indica la causa di tutti questi tremii nell'isterismo.

Un gruppo sterminato di sintomi isterici è quello che comprende i disturbi della sensibilità e dei sensi specifici. Primissimo l'*emianestesia*, in cui si hanno molte diagnosi d'isterismo e che, specialmente se è accompagnata da emiplegia, è veramente un sintomo patognomonico. È vero che spesso questo sintomo è occulto ed allo stato latente e che i malati non si accorgono della loro imperfezione, se non al momento dell'esame medico; ma ciò non toglie all'emianestesia il suo valore diagnostico. In prime luogo l'emianestesia è quasi sempre localizzata a sinistra, cosa che non avverrebbe se essa fosse dovuta puramente ad una suggestione provocata dal medico con l'atto stesso di saggiare la sensibilità e d'interrogare il malato. Dato che la suggestione involontaria del medico avesse una tale efficacia, non vi sarebbe ragione che si attasse alla metà sinistra del corpo con una preferenza così sistematica. Bisogna dunque ammettere che negli isterici preesista una tendenza all'anestesia del lato sinistro e che la suggestione dell'esame medico non faccia che tradurla in atto ed accentuarla in modo da renderne avvertito il malato.

Per lo più l'emianestesia isterica è compagna perché riguarda insieme il tatto, il caldo, il freddo, la pressione e il dolore; ma non è rari il caso di un'insensibilità limitata al dolore. Spesso l'emianestesia è collegata con paralisi omolaterale od opposta d'un senso oltreché dei movimenti. Essa differisce dalle emianestesia d'origine organica perché non c'è se

formicolio, né intormentimento, né senso di pulsazione. Nelle emianestosie capsulari i sensi non sono mai coinvolti, tranne il caso speciale e tipico dell'emianestesia bilaterale (monima). Piuttosto è da ricordare che un certo grado di emianestesia (destra o sinistra con pari frequenza) s'incontra spesso nell'epilessia (Lombroso).

Nell'isterismo è molto rara l'anestesia totale; anzi OPPENHEIM non ne osserva mai alcun caso, malgrado la sua grande esperienza in materia. Qualche volta si ha un'anestesia quasi totale, ma con un'isola di sensibilità regolare in forma di rettangolo o di trapezio che non corrisponde ad alcun territorio anatomico d'intervenzione. Meno rara dell'anestesia totale è l'insensibilità a piastre molteplici. Queste piastre od isole d'anestesia si potrebbero confondere con gli scotomi (si veda la metafora) d'insensibilità cutanea che caratterizzano la siringomielia; ma nella siringomielia si riscontra anche la così detta dissociazione *siringomielica* della sensibilità (si perde la sensibilità termica e dolorifica, mentre si conserva la tattile), e allo stato insensibili si sovrappongono o si mescolano le zone distrofiche, ciò che non accade nell'isterismo.

Un sintomo fondamentale e assai frequente dell'isterismo è la riduzione concentrica del campo visivo; anch'esso ha importanza nella diagnosi. Il primo a farne cenno fu GRAEFE. L'ossillogia e l'assutrosia isterica non sono che l'esagerazione di questo sintomo spinta al massimo grado possibile. Ma, prima di condurre all'ambliopia, il restringimento del campo visivo può manifestarsi in modo diverso di fronte ai vari colori, limitandosi ad alterare la graduatoria fisiologica tra i vari campi speciali della visione cromatica. Nei normali il campo di visione più esteso è quello del bianco; segue l'azzurro; vengono poi il giallo, l'aranciato, il rosso e il verde; ultimo è il violetto. L'isterismo può ridurre il campo visivo a danno, per esempio, dell'azzurro; e in tal caso il campo del rosso, quello dell'aranciato e quello del giallo restano favoriti e primeggiano subito dopo il bianco.

Se poi la riduzione concentrica subisce per ogni colore una riduzione campimetrica proporzionale alla rispettiva estensione fisiologica, è naturale che i colori la cui perimetria è meno estesa soffrano un danno relativamente maggiore; e la perdita potrà arrivare al punto, da produrre la *cecità parziale*, come suppone GALTZOWSKI. La cecità parziale si verifica soprattutto a danno del violetto e del verde, che sono i due colori più acconcentrati, e colpisce difficilmente l'azzurro ed il giallo. Tuttavia queste acromatopsie parziali non sono d'origine retinica. Per provarlo, RINGHAM ricorre ad un esperimento molto elegante. Posta la cecità parziale al verde, egli fa uso d'un disco su cui sono disegnati raggi rossi e raggi verdi. Gli ammalati o sospetti d'isterismo (anche gli epilettici vanno soggetti a da-

crematopsie postaccesionali) percepiscono correttamente i raggi rossi, ma confondono il verde col bianco. D'altra parte, appena si fa girare il disco, lo vedono bigio. Ciò significa che nella loro retina i raggi rossi si sono sommati coi verdi per formare il bianco o il bigio; mentre, se si trattasse di vero daltonismo retinico, dovrebbe, anche col disco in moto, persistere l'immagine del rosso e nulla più.

Anche l'udito è sistematicamente besagliato dall'isomerismo. La sordità isterica è più spesso unilaterale che bilaterale, si accompagna spesso con ronzio ed altri fenomeni subiettivi e si localizza quasi sempre nel lato dell'emianestesia a cui di solito si associa; ma ciò che più caratterizza questo sintomo è il fatto che, in caso di sordità isterica, anche il padiglione dell'orecchio, la cassa e il condotto uditivo esterno sono insensibili, ciò che non si verifica mai nella sordità da lesioni organiche. Inoltre la trasmissione dei suoni si riflette peggio per via ossea che per via aerea, come è facile verificare col diapason (prova di RISSER) od anche semplicemente coll'orecchio; e così si può subito escludere che la confusione dipenda da malattie periferiche dell'orecchio.

L'anestesia può localizzarsi anche nelle mucose che tappezzano gli organi genitali e la vescica. Si ha l'anatrofismo. La pressione dell'urina non risveglia più il bisogno della minzione, e si ha una ritenzione non dolorosa dell'urina, che a lungo andare è ridotta da contratture dello sfintere vescicale. La ritenzione dell'urina, che necessita l'uso della siringa, è frequente nei casi di *paraplegia isterica*. Si menzionano anche casi di *anestesia del retto*.

Nel campo degli altri sensi specifici abbiamo le cecità e le amissioni. La ripugnanza al cibo è frequente e può arrivare fino alla *anorexia*. Vi sono bambini stitici in cui l'anorexia è dovuta ad isterismo grave. Bisogna stare all'erta per non confondere questi casi con quelli di insensibilità gustativa ed olfattiva per cause locali. Nell'isomerismo non è escluso che operino cause del tutto analoghe; ma gli effetti sono sproporzionati, spesso paradossali e ad ogni modo dipendenti in massima parte dal concorso dei centri psichici di rappresentazione.

Gli altri disturbi della sensibilità specifica e generale, piuttosto che presentarsi come episodi acuti dell'isterismo, sono stigmi costanziali o pronti a comparire in qualunque momento, purché le circostanze le mettano in luce.

Le stigmi isteriche. — Nella sfera dei movimenti le stigmi isteriche non esistono che allo stato di semplici disposizioni; vi è una *diflessione coarctata*, una *distorsione spastica* ed una *diflessione anostotica o paraflessa*, a cui basta un minimo stimolo, talvolta incoercibile, per trarli in convulsione, in contrattura od in paralisi; e gli episodi isterici, compreso l'accesso, non

sano altro che l'intuizione di queste distesi potenziali. Talvolta lo stimolo provocatore è patologico ed accidentale: una percossa, una malattia locale, una sorpresa, un'emozione grave, un dolore morale. Talvolta l'eccitamento non è accidentale, ma è strettamente connesso con la costituzione isterica; e in questo caso può darsi che parta direttamente dal cervello in quanto il cervello è sede d'un abnorme stato di coscienza, o che invece provenga bensì dal cervello, ma come semplice risposta ad un'abnorme sensazione. L'abnorme sensazione o l'abnorme assenza d'una sensazione sono a loro volta l'espressione d'una stigma isterica, perché hanno origine da zone limitate e costanti della corte, delle mucose o dei visceri profondi, che costituiscono una sorgente continua di reazioni psichiche, ed appunto perciò prendono il nome di zone *ipergeniche*. Le zone *isterogene* diventano facilmente anche zone *ipogeniche*.

Le stigme isteriche si rivelano dunque anche nel campo della sensibilità come in quello della mentalità: sono testi fidi che, permessi od anche senza pressione esterna, danno sempre una nota sbagliata.

Tra le stigme della sensibilità, l'emi-anestesia è specialmente l'emi-anestesia sinistra, che così spesso si palesa completa in forma d'un quadro acuto, veglia in permanenza ed alla stato d'attenuazione sotto forma di *ipostenesi*. Sono perciò gli isterici che sentano egualmente nelle due metà del corpo. L'ipostenesi destra e più spesso la sinistra costituiscono una stigma permanente non solo dell'isterismo, ma anche dell'epilessia, come bene osservò Lombroso e come confermarono Tosseni ed altri. Un'anestesia locale è molto caratteristica dell'isterismo è quella che si osserva, toccando leggermente con un cuneolino, nella mucosa della faringe: l'assenza del riflesso faringeo al contatto d'un corpo estraneo è una causa probabile del *lipo* o *globi* (*stases*). Nell'isterismo è assai frequente anche la mancanza del riflesso respiratorio: se si tuffa il fianco dell'occhio con la capocchia d'uno spillo o con l'angolo d'un fazzoletto, l'isterico non ne risente alcuna molestia e l'occhio rimane immobile, mentre nei normali si ha la chiusura violenta e involontaria o per lo meno lo sparmo delle palpebre. Ma questa stigma non è così probatoria come la precedente, perché molto spesso dipende dal modo con cui si applica nell'occhio lo strumento investigatore: i soggetti preavvertiti e che si sentano toccare un po' lontano dalla cornea tollerano con indifferenza queste manovre anche senz'essere isterici.

L'*iperestesia* della regione ovarica sinistra è una stigma dell'isterismo che per la sua grande frequenza e per i fenomeni a cui ha dato luogo merita un'attenzione particolare. Nota fin dai tempi di Roussin e di Proust, l'*iperestesia ovarica*, quantunque non abbia bisogno di provocazione per manifestarsi, cede in dimenticanza per lunghi anni insieme con

la teccia atrofizzata che attribuisce l'isterismo a cause ereditarie o ad anomalie dell'utero. Ma nel 1873 Charcot riprese in esame questo sintomo, attribuendogli una localizzazione profonda e precisa nel corpo stesso dell'ovaria: Fibra presente che, durante la gravidanza, l'iperestesia della regione ovarica si sposta, seguendo le migrazioni delle ovule. In realtà sembra difficile premere sull'ovario se non si ricorre al metodo bimanuale che usano nelle loro esplorazioni i ginecologi. Ad ogni modo, profonda o superficiale che sia, l'iperestesia ovarica ha non solo un valore diagnostico, ma anche un'importanza isterogena. Spesso l'accesso si sviluppa da un'ovaralgia spontanea che lo precede come un'aura.

Sono stigmi dell'isterismo anche la *metrodinìa*, la *rectalgia*, la *pleuralgia*, la *sinodinìa*. Il clodio isterico è un'iperestesia della regione lumbosacrale che, accendendosi spontaneamente, si trasforma in un dolore violento. Tutte queste stigmi possono diventare il punto d'irradiazione all'aura ovarica od all'accesso. Dalla pleuralgia può nascere la *pseudo-angina* di petto, come dall'iperestesia e dagli accessi può svilupparsi una *pseudocervicite* di Ménière. Nell'isterismo non è impossibile anche la *eczaleia*. Sarà facile distinguere la *coxalgia* isterica da una *coxalgia* di natura organica perché nel primo caso l'accessorietà dell'arto cessa durante la narcosi.

Una singolare e non frequente manifestazione d'isterismo è quella *emmanica* della sensibilità a cui Proust diede il nome d'*alcyonie* (¹⁴) = contatto. Essa consiste nel dolore che si sveglia o in una data regione o in qualunque parte del corpo al contatto d'una sostanza particolare: rame, latta, argento, oro. E si potrebbe aggiungere: succo di limone, faccia di pietra od altre simili sostanze che anche ad occhi chiusi producono effetti di ripugnanza noti come *idiosincrasie*.

Carattere isterico. — Il carattere isterico, con le sue diverse sfumature, può considerarsi come una *stigma psichica* dell'isterismo. Gli isterici dimostrano anche un modo di pensare e un modo d'agire che fanno appunto *realità* nel loro carattere e che si affermano come qualche cosa di abbastanza tipico nonostante le infinite differenze individuali nel grado e nel genere d'intelligenza. Così l'isterismo psichico, quantunque meno appariscente, non è meno importante dei disturbi che si riferiscono alla sensibilità, ai movimenti ed agli accessi.

Il carattere degli isterici ha per tratto fondamentale la *volubilità*. Cominciano con incredibile rapidità le inclinazioni, l'amore, la cenestesi: si è, dice Briclart, una specie d'*stasia morale*. Si dovrebbe dire, con maggiore esattezza, *stasia affettiva*. La volubilità delle isteriche, lo spettacolo delle loro tendenze contraddittorie e l'adattabilità che dimostrano ai continui mutamenti del proprio programma hanno fatto credere che l'isterismo

fosse un'officina d'artifici, di modificazioni o d'imposture. È certo che questa anomalia costituzionale, modificando le tonalità affettive in ragione delle numerose variazioni cenesietiche, aumenta la complessità del carattere senza aumentare di pari passo la coerenza. Qualche volta gli isterici e più ancora le donne isteriche, sempre sospettate di poca sincerità, sono imbarazzate ad esternare le impressioni contraddittorie che provano nel loro interno: sapendo che una descrizione veritiera sarebbe incompleta, aggiungono delle menzogne che corrispondono meglio, se non alla successione obiettiva dei fatti, alla successione soggettiva dei loro sentimenti. L'obiettività assoluta è difficile a raggiungere anche dai terzi che assistono appassionatamente alle vicende dell'isterismo; tanto meno riesce accessibile a chi, essendo autore, attore e giudice di quelle vicende, non può prescindere dalle suggestioni d'un subdotticismo intenso o sovrachiarante.

L'eccesso di subattività, se rende volubile la condotta degli isterici, accresce la gamma della loro coscienza estetica ed etica: e quando i malati sono molto intelligenti, cosa tutt'altro che rara, può darsi che, per effetto dell'isterismo, assorgano a punti di vista nuovi, dominando orizzonti più vasti di quelli riservati alla mediocrità fisiologica. Forse non c'è persona senza un'ombra almeno d'isterismo. L'isterismo, in proporzione moderata, comunica grazia e spontaneità, almeno di quando in quando, anche a persone d'intelligenza limitata: esso è il contrapposto della routine, della pedanteria, del misoneismo. Perciò le isteriche si sentono attratte verso l'eroe, verso il martire, verso lo straniero, verso il condannato. Nello stesso tempo esercitano una certa attrazione sugli uomini: tra la folla femminile rappresentano sempre la tendenza rivoluzionaria e qualche volta in senso progressivo. Gli uomini dal canto loro sentono, sotto l'influenza dell'isterismo, acquisizioni ignote ai normali, d'un egocentrismo ed d'irruenza, ma che, portate nell'arte, sono comprese ed apprezzate da tutti. L'egocentrismo, mentre rinvigorisce la personalità, non la distoglie certo dall'egoismo. E l'egoismo degli isterici è prepotente, indomabile e, nella sua incessante metamorfosi, irresistibile. L'incostanza dei sentimenti, l'intrigo, la simulazione, la combattività giungono all'inverosimile. Le ingiurie gratuite, le calunnie senza scopo, le lettere anonime, le scene teatrali di suicidio, gli attentati al termometro per simulare la febbre, i ricatti, le ostilità per antipatie improvvise e ingiustificate costituiscono il repertorio dell'isterismo femminile ed anche un po' del maschile, almeno in un'esigua minoranza di casi caratteristici. Ma queste manifestazioni d'una estrema irregolarità affettiva non sono mai permanenti: esse indicano una faccia, ma non tutto intero il poliedro del carattere isterico, che ha molte facce in continuo moto. Vi sono isteriche che coltivano le avventure galanti

per un bisogno instigabile di finzione romanzesca, d'emozioni, di novità, malgrado la più assoluta uniformità. Se non si occupano delle proprie pene amorose, debbono intramettervi negli amori altrui, e sono famose combinatrici di matrimoni, ma anche di discorde fra coniugi e di separazioni. Il calidoscopia dei loro sentimenti è oggetto di meraviglia anche per esse, e di qui proviene la facilità con cui raccontano in pubblico le loro gesta e le loro interne tempeste, consultando medici, tentando cure ferruginose, abbandonandosi all'empirismo petalante d'apoteizzatori laureati e non laureati, non sapendo se debbono compiangere od ammirare il loro destino. Ma basta un fatto nuovo (anche futile) che le interessa, perchè dimentichino ogni male.

L'estrema vivacità e varietà degli affetti rendono gli isterici non meno espansivi ed eloquenti nella parola, che pronti e talvolta energici nell'azione. Quando sono agitati da una passione, gli isterici sanno osare e sanno riescire in qualunque cosa; le donne specialmente, compiendo le passioni imposte dall'egismo degli uomini, al loro sesso, prendono il volo per lontani paesi, si danno all'arte, all'amore, alla filantropia; sfidano l'opinione pubblica; oggi sacre di carità, infermiere nelle ambulanze di guerra, cantanti, donnei meglio parsimoniose, prostitute, pinnocchiere arrabbiate; amanti deliziose e mogli insopportabili.

Ma l'isterismo, accortamente inavuto, può rimanere nascosto; e qualche volta è in certo modo utilizzato a fini altruistici od a scopi di beninteso egoismo. Santa Caterina da Siena fu un tipo d'isterica superiore. Vi sono non pochi isterici tra artisti e polemisti di valore. Le energie disordinate, ma vive dell'isterismo, con un po' di assottigliamento e un po' di disciplina, si convertono in ambizioni elevate, in rigidità ponderosa di condotta, in severità inflessibile, e non mancano tra le isteriche le madri di famiglia esemplari, che sanno educare i figli, far rifiorire le finanze domestiche, regnare nel circolo dei loro intimi, dando prova di una risolutezza virile. Nella vita mondana e vertiginosa delle grandi città le isteriche, se possiedono pregi fisici o risolutezza, trovano spesso un ambiente così adatto ai loro ideali variabili e volubili, che non hanno più ragione di soffrire, nè di reagire melanconicamente; e il loro isterismo assume l'apparenza di una sensibilità raffinata. Esse dispongono di seguaci ed imitatori senza iniziativa e senza brío, a cui insegnano abitudini e dettano legge, per lo meno in fatto di stile. Oggi nei saloni eleganti non vi sono più mezzi termini per qualificare le persone o le cose mediocri, che pure sono innumerevoli in confronto alle ottime ed alle pessime. Tutto ciò che piace, anche mediocremente, è addirittura uno splendore; tutto ciò che dispiace, per quanto poco, è un orrore. Il repertorio isterico degli epiteti non comprende che i superlativi.

La facilità con cui negli isterici si producono angiospasmì e angioedemi localizzati, non o probabilmente anche dentro al territorio del cervello, nel corso delle sensazioni relative, predispone questi animali all'*Ipocondria*. La loro attenzione è spesso concentrata sulla salute, malgrado lo stato di floridezza di cui godono in generale. L'*Ipocondria* isterica può degenerare in vero *ossessivo* ed anche addirittura in *delirio* più o meno sistematizzati. Nella migliore ipotesi, le preoccupazioni di natura ipocondriaca spingono ad un tenore di vita eccentrico, alla ricerca insistente e volubile di rimedi alla siala, al vagabondaggio nei luoghi di cura e nei gabinetti di consultazioni mediche. D'altra parte, la poca stabilità dei disturbi vasomotori e sensitivi, che cambiano di sede o spariscono del tutto all'improvviso, qualche volta con l'uso di medicamenti stravaganti o ridicoli, genera negli stessi malati alternative di scoraggiamento e di baldanza. Il temere che essi provino ad accorsi finito li conduce a negare o ad automare il male di cui si lamentavano con esagerazione disperata. Perciò l'*Ipocondria* degli isterici è assai verbosa, ma soggetta a remissioni che si confondono addirittura con l'effluvia; e i deliri o le ossessioni che nascono da una *ipocondria* così fatta vengono di sovente sconfessati. I malati divengono un po' incoerenti e fanno la figura di cadere in contraddizione unicamente perchè sentono e secondano le contraddizioni della propria emestesi senza riuscire a giudicarne spassionatamente.

Con tanta labilità di equilibrio nervoso e psichico non si è da stupire se gli isterici sono soggetti non solo a *dolori psicosomatici*, ma anche a vere e proprie *psicosi*, specialmente di natura affettiva. Quando ciò avviene, la diagnosi d'*isterismo* introduce nelle previsioni del medico un elemento favorevole, perchè permette di sperare una guarigione talvolta improvvisa dell'episodio psicotico e di mettere in opera mezzi suggestivi d'efficacia immediata, che non basterebbero di fronte a *psicosi* genuine. Le sindromi della melanconia, della mania, del *delirio* sistematizzato, dell'ambliopia allucinatoria possono spuntare dal fondo isterico e ingigantire per come proprio come se si trattasse di malattie primitive; ma il loro decorso è più irregolare, più breve e in complesso più benigno. Qualche volta si tratta di *stati accessivi*, assai di crisi isteriche straordinariamente protratte e che si riproducono con una certa periodicità. In tali casi avvengono singolari evoluzioni della manovra: lo stato secondo da sospendere i ricordi dello stato ordinario, ma risuscita quelli delle crisi precedenti che parevano cancellati.

Le *psicopatie accentuate* s'incontrano nell'*isterismo*, ma con ben poca frequenza. Per lo più, esse non sono la conseguenza della costituzione isterica, ma l'espressione parallela ed associata della degenerazione psichica che si afferma doppiamente. Per esempio: l'*isterismo* può associarsi

all'epilessia o confondersi nel deperimento intellettuale che attende gli epilettici dopo lunghe serie di accessi ravvicinati; può precedere la demenza precoce o restarne travolta; può sommarsi con l'insostenibile costituzione o con l'indebolita ereditaria. L'affezione più costante è quella dell'isterismo con la nevrosi costituzionale e con le diatesi di depressione o di esaltamento affettivo. Così gli isterici cadono in ossessioni e in altri stati di permanente disordine mentale che a rigore non si debbono imputare all'isterismo. Non è impossibile che in uno stesso individuo si stimolino le stigme dell'isterismo o della paranoia. In complesso tutte le anomalie mentali e tutte le malattie schiettamente degenerative, come la demenza giovanile, vanno facilmente in compagnia; e l'associazione dell'isterismo alle psicopatie che abbiamo notate non è che un caso particolare di questa legge.

ETIOLOGIA E DECORSO.

L'isterismo è un'anomalia eminentemente ereditaria ed anzi costituisce in patologia un esempio tra i più caratteristici d'eredità simolare, la sola forma veramente tipica d'eredità morbida. Il sesso femminile vi è predisposto assai più del maschile. Se BRUGATE, prima che venisse CHACOT a volgarizzare l'isterismo maschile, non trovava che un isterico ogni 20 isteriche, è probabile che la sua statistica fosse piuttosto incompleta, ma per quanto si voglia largheggiare, la grande prevalenza delle donne sugli uomini in fatto d'isterismo è una verità indiscutibile. Le donne sono anche normalmente più facili degli uomini al pianto, al riso, alla paura, al tremore, ai brividi e ad ogni sorta d'emozioni (КАКОВЕЛЪ). Bisogna tuttavia tener presente che una stigmata isolata, come l'anestesia faringea o la scarsità dei fosfati alcalini, non basta a stabilire la diagnosi d'isterismo in una donna, e che una sfumatura d'isterismo è qualche cosa di insoito alla natura femminile.

E infatti noi vediamo che gli uomini vanno bensì soggetti all'isterismo spontaneo, ma soprattutto nell'età che precede l'adolescenza, cioè quando i caratteri sessuali non si sono ancora differenziati. La comparsa della pubertà, che è il momento più pericoloso per le donne, coincide spesso con la comparsa dell'isterismo per il sesso maschile. Secondo MAITRE il piccolo isterismo è più frequente nelle donne che negli uomini; ma nel grande isterismo, almeno presso le classi povere, avverrebbe il contrario. Le donne del popolo son tanto tempo d'abbandonarsi al lusso del grande isterismo, che ritriede ozio e spettacoli. Invece gli uomini sono più esposti delle donne agli infortuni. L'isterismo transitorio è un appannaggio dei mestieri pericolosi, come quelli di minatore, di ciociatetto, di ferroviere, di minatore, di marinaio, che sono esercitati esclusivamente da uomini.

Da quando Charcot, nel 1882, riuscì a raccogliere 77 casi d'isterismo maschile, la proporzione indicata da Brierre fu ampiamente superata. Nell'ambulatorio di Mastai, e di Euxentius sopra circa 12.000 nevropatici (il 16%), era rappresentato dall'isterismo; e tra 1224 isterici, 122 appartenevano al sesso maschile. Vi erano contadini, soldati, coetlieri, fabbri, accidentati ed impiegati. Quanto all'età, Prinos nel 1890 riassume i seguenti dati che riguardano 100 casi di sua osservazione personale:

Anni d'età	Uomini	Donne	Totale
6-10	1	4	5
11-15	4	12	16
16-20	6	31	37
21-25	2	18	20
26-30	1	4	5
31-35	8	0	8
36-40	5	0	5
41-45	0	0	0
46-50	1	0	1
	31	69	100

L'isterismo maschile non differisce nei sintomi dal femminile, anzi è più violento. Tra le donne predominano invece, come osserva Maier, le forme blande che si confondono con la normalità. L'apparizione precoce dell'isterismo infonde ai bambini un'impressionabilità che non nuoce al loro sviluppo intellettuale, anzi lo sveglia e lo sforza, allargando l'orizzonte della loro contemplazione e della loro attività. Gli accessi e le stigme dell'isterismo seguente non sono dissimili dagli accessi e dalle stigme degli epilettici.

Il decorso dell'isterismo non è tracciabile che in rapporto all'età. Comincia o nell'infanzia o nell'adolescenza o nel colmo della giovinezza. Lo stesso isterismo traumatico si manifesta ben di rado per la prima volta in vecchi che non abbiano anzi dato altre prove di costituzione isterica. La menopausa o la vecchiaia possono cancellare, attenuare o trasformare le varie isteriche; ma vi sono casi, benché eccezionali, in cui le cronano.

Il grande isterismo può interpolarsi come una parentesi nel corso del piccolo isterismo. Quest'ultimo, che è il vero retaggio del sesso femminile, può decorrere a sua volta in maniera discontinua, con fughissime veglie che equivalgono allo stato normale e con rare macerazioni che si allontanano appena dalla normalità. Qualche volta le esacerbazioni sono dovute a gravi contusioni o ad altre cause precise ed evidenti; e in questi casi l'isterismo si riduce alle proporzioni d'una semplice distesa. Per molte donne, specialmente delle classi agiate, l'isterismo non è che una forma d'iperestesia normale con tendenza alle estrinsecazioni emotive nel campo dell'intervazione involontaria: vasomotoria, secretoria e trofica. Le persone

effetti da un'anomalia così lieve possono facilmente preservarsi ed essere preservati da spaventosi conseguenze. Vi è poi l'isterismo maschile, che guarisce spesso verso i 45 anni; e quando si dice che è più grave del femminile, si allude ai suoi sintomi, non alla sua prognosi.

L'isterismo transitorio si può considerare come una varietà dell'isterismo comune, da cui differisce per l'insorgenza improvvisa in relazione con un trauma o con uno spavento. Questa varietà per lo più tendeva d'un istantaneo rimasto latente durante gli anni di vita che precedettero il trauma o lo spavento fu descritto per la prima volta da WALTON sotto il nome di *railway-spine* nel 1882. Naturalmente le donne, se hanno il privilegio degli sessi, non hanno il monopolio dell'isterismo traumatico; ma con la grandiosità degli spartacoli formati a cui espongono i viaggiatori con le grida d'una folla spaventata e con la varietà delle lesioni che provocano o mimano in caso d'infortunio esse favoriscono straordinariamente l'isterismo fra le vittime, dirette e fra i testimoni. Basta infatti l'emozione a produrre lo shock nei più prodigiosi. I Tedeschi si affrettavano a sostituire il nome di *neurosi transitoria* a quello, troppo diffamatorio per le ferrovie, di *railway-spine*.

Del resto WALTON stesso, come pure PAGE e PUTNAM, che illustrano i primi casi di *railway-spine*, ne compresero benissimo la natura, posero ogni sforzo a distinguere questa nevrosi dalla commozione spinale, e sottolinearono esplicitamente che si trattava d'isterismo. Basta ricordare i malati che ispirarono a WALTON la sua descrizione e la sua denominazione per intuire subito il vero significato del *railway-spine*. Il primo caso era un ferroviere di 55 anni, ferito gravemente al lato destro, e che presentava forte rachialgia, diminuzione della sensibilità sessuale, iritabilità psichica con tendenza al pianto, debolezza motoria, vomito stesso destro, limitazione concentrica del campo visivo, emianestesia ed emiparesi destra; il secondo caso si riferisce ad una giovinetta di 18 anni non ferita, ma semplicemente impaurita.

L'importanza dei fenomeni osservati in caso di isterismo acquisito, secondo all'indizi della sfera ordinaria delle sofferenze psichiche, fecero credere che questo tipo d'isterismo traumatico fossero vere malattie organiche. GREYHORN e THOMAS sostennero una simile tesi contro CHARCOT, che nel 1885 era stato in campo per ridurre il *railway-spine* a semplice isterismo; e per suffragare l'irreparabilità delle lesioni proprie della *neurosi traumatica*, citavano la rigidità pupillare, l'atrofia del nervo ottico, gli accessi epilettici, che veramente farebbero credere ad una contropulsia o ad una mieloqualia regionale, se in realtà non fossero un reperto del tutto estraneo alla sindrome in questione. Più tardi lo stesso CHARCOT prestò un po' di contributo indiretto alla tesi, presentando che l'isterismo,

anche nelle sue forme ordinarie, fosse capace, benché a lunga scadenza, di produrre lesioni anatomiche del cervello e che, per esempio, una contrattura isterica di lunga e ininterrotta durata determina degenerazione del fascio piramidale. Tale opinione non trovò conferme. La sig. KLEMPERER esaminò il cervello e il midollo in una donna che aveva sofferto di contratture isteriche per 6 anni e seguì: « non trovò nulla di anormale. ROSTAL in una donna con doppia emiplegia isterica, atestesia del quarto arti ed atiplopia bilaterale che si protrasse per sei anni riscontrò soltanto anemia considerata ed alcuna, nient'altro. Le due ammalate erano morte di tubercolosi.

De solito l'isterismo traumatico si manifesta con arresti accessi e con la comparsa di segni che rimangono. Qualche volta si hanno soltanto fenomeni di monosiderismo: la frattura del radio peroccherà, per esempio, una monoplegia brachiale; un tumore della coscia auricolare, dando al chirurgo «occasione d'incidere l'arteria, indurrà in paralisi il fasciale dello stesso lato. Le nevrosi postoperatorie non sono altro che isterismo traumatico. Tutte queste reazioni isteriformi ai traumi, alle operazioni, allo spavento acuto ed alle preoccupazioni affettive coesistono sopra una regione od una funzione limitata del corpo non si estinguono immediatamente, ma seguono qualche giorno o qualche settimana dopo l'avvenimento causale. E CHANCOUR per primo (1) abbiamo già ricordato ha battezzato questo intervallo di latenza per un periodo di incubazione. Durante questo periodo si ordisce alla sordina il lavoro d'autosuggestione che determinerà poi lo scoppio dei fenomeni isterici; e la possibilità, anzi la costanza d'un periodo preparatorio è la miglior prova della tesi propugnata da CHANCOUR e più recentemente anche da MONTAUDO: che cioè la nevrosi traumatica è di natura psicogenica, appunto come l'isterismo. Essa rassomiglia all'isterismo perché è isterismo; e non differisce dalle forme comuni se non per la singolarità della causa occasionale.

L'isterismo acquisito può contrarsi anche per imitazione e talvolta invade contemporaneamente più persone in forma epidemica. Nel 1883 TOXINAI osservò due giovani contadine conviventi che presentavano una sindrome «similata» ed omologa d'isterismo. Nel Madagascar verso il 1883 scoppiò un'epidemia d'isterismo tra ragazze dai 15 ai 20 anni in seguito all'assassinio di Radama II: lo spavento e l'imitazione «erano tutti la mano per produrre insieme un isterismo doppio: emotivo ed epidemico. Tra casi poi d'isterismo emotivo è singolare quello d'una bambina che divenne isterica a 7 anni per aver veduto una sua coetanea uccisa.

Se l'isterismo nelle sue apparizioni e nelle sue scomparse segue abitualmente spesso le età critiche della vita, che sono contrassegnate principal-

mento delle vicende delle funzioni sessuali, ciò non vuol dire che queste funzioni siano una fonte specifica di sintomi isterici. I ginecologi più reputati rispondono in modo assoluto in simile momento etiologico. Gli organi genitali sono isterogeni come qualunque altro visere.

Quasi ogni malattia ereditaria, benché favorita dalle abitudini della vita civile, non è ignota tra i Negri. Probabilmente ne soffrono anche i selvaggi. Quanto all'ipotesi che l'isterismo proliferasse la razza latina in confronto alle razze germaniche, essa non era che una *fin de non-recherche* da parte dei neurologi tedeschi di fronte alle novità descritte da Charcot e dalla sua scuola. Ma in breve anche la letteratura germanica si arricchì di storie cliniche che rivalgono con le francesi, e basterebbero i drammi di basta per dimostrare a quali squilibrie morbide possa giungere l'isterismo in ogni paese. BOHRISVILLER e BASSA desiderano in vano d'isterismo convulso e psichico persino in un idiota.

L'isterismo è spesso preannunziato nell'infanzia da accessi di sciamantismo.

CURA.

Nella cura dell'isterismo regna ancora il medio evo. Era il 1890, e RICHARD BROWN non si pensava di proporre l'asportazione della clitoride. Un simile trattamento trovò seguaci illustri che lo perfezionarono. Così FERNANDEZ, nel 1892, sostituì all'asportazione la cauterizzazione. In 8 casi fece ripetutamente la clitoride con la pietra infernale, ottenendo sempre la guarigione. Una sola di queste malate, che rimase anche inasiste, ricadde dopo due anni, ma guarì definitivamente ad una seconda ripresa delle cauterizzazioni. La castrazione ha ancora i suoi partigiani. In origine si praticava senza indicazioni speciali: ora non si applica che nei casi in cui anche dal punto di vista ginecologico vi sia un'infiammazione precisa ed urgente. Così LANDAU e REMAK eseguirono l'ovariotomia in una malata che soffriva di tumore, una dermatosi all'ovario: l'ammalata guarì dei dolori ovarici, ma non dell'isterismo. Anche FLEISCHER non spedisce chirurgici, ma quando vi sia una indicazione chirurgica: in tre casi egli praticò con successo la castrazione, l'amputazione sopravagante dell'utero, la dilatazione cronica del collo uterino appunto perché aveva verificato la presenza di lesioni locali corrispondenti. FORTI dice, e non a torto, che la castrazione, più che rimedio, può diventare causa di peccato. I ginecologi sono unanimi nel condannarla. Sarebbe lo stesso che estrarre un dente solo per nevralgia del trigemino o angustare una gamba per una semplice sciatica, soggiungono LANDAU e REMAK. In complesso l'isterismo non costituisce un motivo per la castrazione: e persino

nei casi di malattia locale è ormai ammesso che valga come controindicato, salvo che la malattia ginecologica non sia grave e che l'operazione non sia per sé stessa d'evidente e sicura utilità chirurgica.

Tra le cure romantiche finché in uso anche le *duè* operazioni con narcosi e suture ostense; ma esse sono tutt'altro che esenti da pericoli di vario genere e possono, non che guarire, produrre un isterismo per trauma psichico. La storia di *Joos* lungo la spina dorsale sotto un rivulsivo, ma probabilmente d'ordine psichico (più darsi che attinere l'isterismo dal cervello al midollo spinale dove forse è meno attivo, ma anche che lo sposta dalla periferia alla luce, aggravandone gli effetti).

Finché che *Chas. or* aveva messo in uso alla Salpêtrière una «intiera che per mezzo di un'apposta vite oscura sotto compressione la ragione oscura di sinistra. Il caso gli aveva insegnato che un'isterica con orina inguinale, per aver sfiorato il cinto renale, era riuscita a liberarsi contemporaneamente dei suoi doppi incomodi. Ma, generalizzando bene, nulla garantisce che l'origine della guarigione non sia la suggestione. Del resto *Simmon* avvertì l'impossibilità di compiere un'ovvia cura con un cinto di questo genere. Anche la *transfervenza* operò di questi miracoli: li operò l'*ipnotismo*; li operò la *scisside*, sia sempre per mezzo della suggestione. La credulità delle isteriche è tanta, che accetta per buoni, in tali momenti e da determinate persone, anche gli spauriti di cura più inadeguati, più grossolani e più antiscientifici. Così *Bartolacci* poté credere di produrre, per mezzo del magnete, il *transfer* di un'emplogia da una isterica ammalata ad un'isterica in riposo: per sottrarla alla suggestione aveva ritenuto sufficiente di separare le due donne col mezzo d'un paravento che impediva loro di vedersi. Evidentemente sono le due suggestioni di guarigione nell'isterica emplogica, di malattia nell'isterica sana che s'intercettano per una semplice coincidenza di pensieri e di tempo, favorito dall'apparato dell'esperimento; non è già la parola che, attirata dalla calamita, attraversa il paravento ed origina un cervello nell'altro.

Un metodo che risente ancora della tradizione medioevale, perché di genere panisginecico e perché è talvolta applicato senza discernimento sopra ogni sorta di isterici, ma che, usato con discriminazione, non manca di fondamento razionale e di buoni effetti, è quello che va ancora sotto il nome di *Wes. Mitchell* e che consiste nel farne gradatamente. *PLAYFAIR* lo divulgò in Europa. Si allontana l'isterica dall'ambiente domestico; si isola sotto l'assistenza d'infermiere aliè e gentili; si sottopone al massaggio generale e alla faradizzazione dei muscoli per varie ore ogni giorno; s'inizia la dieta lattea; e quando lo stomaco è preparato dal semiliquido e dal vino ricostituito promosso per mezzo del massaggio

a raddoppiare la sua attività funzionale, si applica progressivamente l'iper-alimentazione, questa cura, che giova anche nella nevrosi senile, fu adottata da BROWNING, da JOLIV, da CHANOT, che ne rivendicava alla Francia ed a sé stesso la priorità.

Il metodo di WEIR MERCURELL ha per complemento la solitudine e il riposo forzato a letto, che forse esercitano un'influenza non meno efficace. Sull'importanza dell'isolamento non solo in casi di isterismo imitativo, ma anche nei più comuni, e specialmente nei bambini vi è oggi accordo generale. Alla Salpêtrière le isteriche sono ormai distribuite in camere separate: « *Détachés* » ritualizza l'isolamento materiale coll'isolamento psichico, obbligando l'ammalata a letto, alla dieta lattica ed al contatto momentaneo con un'unica infermiera. Le tende del letto sono costantemente abbassate; l'infermiera non fa che brevi apparizioni ogni ora per portare il litto, e l'ammalata non vede, oltre all'unica infermiera che il medico, uomo laconico e compassato.

Al vantaggio dell'isolamento s'ha sommare quello che proviene dall'isolamento dell'ambiente domestico. Quello della famiglia è spesso un focolare, sì, ma di discordie e suggestioni dannose, che nei casi gravi s'debbono assolutamente fuggire. Nel matrimonio, per non compromettere la salute o per conservare la pace, bisogna che al coniuge isterico sia toccato in sorte uno sposo ed una sposa che ne sia il contrapposto. Il regime della famiglia dev'essere tollerante, ma fermo; la tattica da usare « la sospensiva », bisogna evitare la contraddizione immediata, inflessibile, irritata, pettegola e lasciare all'isterismo una certa libertà di sfogo, senza attribuirvi nessuna importanza e senza alimentare le violenze con reazioni sentimentali. Le isteriche sono avvertibili con chi sa aspettare: passata la furia, esse si ritolgono talvolta da sé stesse e non domandano o di meglio che seguire il programma suggerito dalla prudenza, dalle convenienze o dal loro senso, di cui sono riccamente fornite, malgrado le apparenti contrarie. Le rivolte cieche, ripetute ed indeclinabili di fronte alla severità come alla dolcezza, di fronte alla collera come all'indifferenza di fronte ad un trattamento metodico come ad un regime empirico e volatile, non sono pertinenti al semplice isterismo, ma all'immoralità costituzionale, o alla paranoia o alla demenza precoce sfumante d'isterismo.

CAPITOLO XX. L'epilessia

Il concetto clinico dell'epilessia, originariamente limitato all'accesso epilettico ed ai fenomeni strettamente legati con l'accesso, si è ampliato di molto, che oggi si fanno rientrare nell'epilessia fenomeni mentali e nervosi che non hanno l'aspetto di turba motoria: e la diagnosi di epilessia si formula anche se l'accesso classico non s'è mai avuto. Si conviene con l'ammettere che l'accesso epilettico potrà presentarsi in forme parziali o sparse anziché sotto quella di convulsioni generalizzate e tonico-cloniche. Gli scarsi fenomeni sensitivi, sensoriali, motori o vasomotori, che in molti casi precedono gli accessi classici o costituiscono la così detta aura epilettica, possono presentarsi isolatamente, o costituire appunto degli accessi incompleti, atonici. La convulsione può circoscriversi a una metà del corpo o in un solo arto (epilessia jacksoniana), folle i profondi disturbi della coscienza che preludono o accompagnano all'accesso epilettico possono svolgersi isolatamente senza che vi siano altri fenomeni motori, sensoriali o sensitivi: essi formano allora un *equivalente psichico*.

Accanto ai quadri molteplici del disturbo transitorio si evidenzia un quadro permanente di sintoma o di segni costituzionali d'ordine somatico e psichico. Gli individui frequentemente colpiti dall'epilessia in una qualunque delle sue forme accessuali vanno incontro con l'andare del tempo ad un indebolimento mentale ed a manifestazioni caratteristiche che costituiscono a loro volta una forma particolare di demenza.

I vari fenomeni dell'epilessia, mentre da una parte si possono avverare in individui che durante gli intervalli non presentano alcun segno di malattia, si osservano anche in individui invalidi per gravi lesioni organiche del cervello, con evidenti paralisi, paresi, distrofe, arresti di sviluppo. Perciò si volle contrapporre una epilessia *idiopatica* od *essenziale* ad una epilessia *sintomatica* di lesioni cerebrali. Ma il confine tra le due categorie di casi non è chiaro. D'altra parte, mentre per lo più l'epilessia si manifesta in età giovanile, si fa tal pensare ad una disposizione con-

genita, degenerativa, che trova occasione di manifestarsi con un qualsiasi incidente morboso, in altri casi i fenomeni epilettici non si manifestano che in età avanzata, in seguito ad intossicazioni, a disturbi di circolo, ad infezioni, ad alterazioni del vaso sanguigno, a traumi, a cisti, a cistiche cerebrali provocate da emmolamenti, a cisti, a cisti. Eppure in questi casi, così variati dal punto di vista della etiologia, le sindromi motorie e psichiche sono spesso tanto somiglianti, che una diagnosi esatta non è possibile senza l'autopsia. Talvolta nemmeno l'autopsia è sufficiente, e occorre il reperto anatomico. Una concezione unitaria dell'epilessia non è dunque giustificata né dal punto di vista dell'etiologia, né da quello della patogenesi; essa non regge che dal punto di vista sindromologico.

Dane queste restrizioni, l'epilessia dovrebbe scomparire dall'elenco delle malattie mentali e non rientrare che in forma antica come *sindrome* o come sintomo non necessario, somministrata tra quelle psichiche che sono in grado di associarsi ad essa o piuttosto di produrla, come le *ceretropatie infantili*, le *ceretropatie degli adulti*, la *paralisi progressiva*, il *diploia*, l'*uremia*, l'*alcolismo* e via dicendo. Coesistere così anche il forzato ravvicinamento che accomuna l'epilessia all'isterismo per un'analogia apparente e somigliante tra i rispettivi accessi. Ma l'esistenza di molti casi in cui la causa dell'epilessia è profondamente ignorata rende prematura sia la sua riunione dal rovescio delle malattie mentali propriamente dette, sia il suo distacco dall'isterismo.

SINTOMI.

Accesso epilettico. — Per lo più l'accesso epilettico si manifesta all'improvviso, senza alcun segno premittente, ma non di rado è preceduto da particolari perturbazioni di senso e di moto, avvertute dallo stesso ammalato o rilevabili anche da terze persone, e che si presentano nei singoli ammalati ogni volta sotto la medesima forma; questi fenomeni costituiscono l'*aura epilettica*. L'aura epilettica precede l'attacco di qualche minuto appena; talvolta è così breve, che l'ammalato non ha tempo di trarne partito a scopo di difesa. Altri fenomeni prodromici possono precedere l'attacco, come ad esempio uno stato di malumore, di irrequietezza, di affaticamento o un senso di oppressione al capo che si prolunga per ore o per giorni prima dell'attacco; ma questi fenomeni sono ben distinti dall'aura.

L'aura può attraversare qualunque territorio di innervazione e assumere tutte le forme. Se hanno *natura sensitiva*, sensoriali, motorie, visive, uditive, sensorie, psichiche.

L'*aura sensitiva* consiste in una parestesia, un formicolio, un senso di

irritamentimento o un vivo dolore, che si manifesta per lo più ad una estremità e che procede più o meno rapidamente verso il tronco. Frequentissima è una sensazione petrosa all'epigastrio che risale verso la gola. Lo scoppio dell'accesso coincide per lo più col propagarsi di queste sensazioni verso il capo. Non è raro un'aurea in forma di forte cefalea.

L'*aurea sensoriale* è un'allucinazione elementare dell'udito o della vista: tonzi, scrosci, bagliori; ed anche una allucinazione configurata, per lo più di carattere terribile: fiamme, sangue, parole. Possono aversi anche allucinazioni continue di vari sensi.

L'*aurea isoterica* è rappresentata da contrazioni circoscritte di muscoli, da torsioni del capo e degli occhi, da movimenti rotatori o di marceggio o di masticazione con atti ripetuti di deglutizione, più raramente da movimenti coordinati. Questi movimenti si continuano immediatamente col l'accesso convulsivo che ne rappresenta in certo modo la diffusione generale: corso all'innanzi, atterraggiamenti e movimenti espressivi o professionali.

L'*aurea coloriscente* si manifesta con pallori improvvisi, più raramente con arrossamento del viso, di una metà del corpo o di singole porzioni di esso.

L'*aurea secretoria* è data da una ipersecrezione accidentale di saliva o di sudore. Flaccio osservò un aumento del peso specifico dell'urina uno o due giorni prima dell'accesso e considerò questo fatto come un'aurea renale.

È da notare che non sempre l'aurea consiste in un fenomeno di eccitamento: in casi eccezionali consiste invece in un fenomeno paralitico che si manifesta improvvisamente, in cecità o sordità parziale, sordità completa e improvvisa, afasia motoria, paralisi o paralisi nel territorio degli arti.

L'*aurea psichica* è rappresentata da immagini che attraversano la fronte dell'ammalato, sorgendo improvvisamente senza alcun nesso associativo con le idee di quel momento. Spesso si tratta di un ricordo (sempre lo stesso per esempio di una scena emozionante alla quale l'ammalato ha assistito). Oppure l'aurea psichica può avere più che altro un contenuto affettivo, riducendosi ad un improvviso senso di pena, di angoscia, di terrore immotivato.

Subito dopo l'essere l'ammalato perde la coscienza o cade in preda a una contrazione tetanica di tutti i muscoli, compresi quelli della respirazione. È la fase tonica dell'accesso, che dura pochissimo, un mezzo minuto al più. La caduta non avviene per rilassamento muscolare, ma segna l'inizio dell'irrigidimento muscolare, anzi in essa si può dire che ogni epilettico ha un suo atteggiamento caratteristico, anche cade sempre

sullo stesso modo, da una parte o dall'altra, in avanti o all'indietro, e si ferisce sul cranio, che si produce così facilmente, cadendo in certi casi sempre il medesimo punto. Un mio malato porta lungo l'orlo posteriore del territorio una specie di cicatrice a mezzaluna tutto imbotrito di escorie, che gli protegge l'occipite; perché egli è sicuro che al sopraggiungere dell'attacco entrerà all'indietro battendo in terra il capo. Le violente espirazioni o le contrazioni delle corde vocali determinano talvolta un grido. Gli arti inferiori sono fortemente estesi, il tronco irrigidito, i pigni scostati, il capo piegato all'indietro. La lingua resta talvolta impigliata tra le mascelle serrate in trisma. Il totato respiratorio determina soffocaia; e il volto, pallido al momento della caduta, diventa subito rosso o poi cianotico. Le pupille sono dilatate al massimo e rigide. Secondo SUGGESS, nel primo momento, simultaneamente al grido, presenterebbero un restringimento massimo, fugace ed istantaneo. Sul finire della fase tonica si ha spesso emissione di urina e di feci, più di cado di sperma.

Alla fase tonica segue la fase clonica: violente scosse convulsive si manifestano negli arti, nel torace, nel capo: esse aumentano di intensità in modo da poter produrre gravi lesioni per arti, convulsioni, fratture, lussazioni. I movimenti clonici delle mascelle e della lingua determinano nella lingua morsicature: talvolta si riordina con profunde inspirazioni ed espirazioni il respiro, e l'aria entra improvvisamente tra le mascelle e la lingua aderiscata da luogo a formazione di bava sanguinolenta. La clonici scosse pure, il corpo si copre di sudore, il polso è frequente, la temperatura si eleva di $0^{\circ},3$ ed anche di $0^{\circ},5$. La fase clonica dura pochi minuti, 3 o 5 al più.

Dopo il caso l'epidemia può tornare subito allo stato normale recuperando integralmente la coscienza. Ma per lo più rimane stordito e cade in profondo sonno, dal quale si desta dopo alcune ore, allettato, di malumore, con odalea. Oppure insorge dopo l'accesso quegli stato psichici speciali che vengono detti prezzi postepilettici e che più innanzi descriveremo. Dopo l'accesso l'arteria carotide non di rado prende quantità di albumina. Nel sonno postepilettico le pupille si restringono talvolta in misura considerevolissima.

I riflessi tendinei dopo l'accesso hanno un contegno assai diverso, da caso a caso. Talvolta si ha esagerazione del riflesso congiunta ad uno stato di ipertonica muscolare; talvolta, più raramente, i riflessi sono aboliti o del tutto scomparsi. Questa incostanza di reazione non dipende dall'intensità dell'accesso, ma piuttosto, secondo LUGASO, dalla sua localizzazione e diffusione nella corteccia cerebrale. Vi sono nella corteccia territori da cui partono normalmente influenze inibitrici sul tono muscolare e sui riflessi; vi ne sono altri da cui partono influenze stimolatrici. Lo stato d'eccitamento epilettico, in quanto prende negli uni o negli altri di questi ter-

ritori, darà luogo ad effetti opposti. Ma in uno stesso animale, per la somiglianza tra i vari accessi, la localizzazione corticale della scarica e quindi l'influenza secondaria sul tono muscolare saranno costanti.

La frequenza degli accessi è estremamente variabile da un individuo all'altro. Vi sono epilettici con accessi rariocitari, a distanza di mesi e di anni. In altri, benché raramente, si presentano a gruppi ravvicinati. L'animale sta due o tre mesi senza accesso e poi ne presenta due o tre o più in un giorno o in giorni successivi. Talvolta gli accessi si susseguono in gran numero, separati da intervalli brevi di relativa lucidità: accessi in serie. Infine gli accessi possono presentarsi talmente avvicinati che l'animale non recupera la sua lucidità, perché al primo accesso scade in uno stato di coma interrotto di quando in quando da nuovi accessi convulsivi: stato epilettico continuo. Lo stato epilettico costituisce un grave pericolo per la vita dell'animale ed è accompagnato da cospicuo innalzamento di temperatura, che può andare oltre i 42° e che si produce gradualmente ed ripetersi degli accessi (BOUAYILLAS).

Accessi parziali (epilessia jacksoniana ed epilessia sensoriale). — Gli accessi convulsivi localizzati e parziali sono in generale l'espressione sintomatica di una lesione corticale circoscritta, data da un tumore, da un'emorragia, da un processo infiammatorio localizzato; tuttavia non vi è dubbio che essi possano insorgere anche per cause generali, specialmente tossiche, come nell'alcolismo, nell'anemia, nel diabete, nella paralisi progressiva. Così pure si possono avere accessi di epilessia jacksoniana non solo in quei casi di epilessia in cui è evidente per altri sintomi una lesione circoscritta del cervello, ma anche nei casi che per mancanza di ogni sintomo di carenza sono da considerare come di epilessia essenziale. Così in certi casi accessi parziali possono alternarsi con accessi completi; più spesso ancora gli accessi parziali possono presentarsi sull'inizio del male per trasformarsi poi gradatamente in accessi generali.

Dal resto anche negli accessi generali non è infrequente la distribuzione asimmetrica per prevalenza unilaterale delle scosse muscolari, oppure l'inizio unilaterale delle convulsioni è circoscritto ad un gruppo muscolare, che in pochi secondi si generalizza.

Negli accessi di schiera epilessia jacksoniana si ha spesso un'aura sensitiva localizzata all'arto che è poi colpito dalle scosse cloniche. Ciò dimostra che il fenomeno dell'aura ha per base un'azione irritativa della causa epilettogena in un determinato territorio della corteccia, dal quale s'inizierà facilmente anche la scarica epilettica. E ciò rende sempre più stretti i legami tra l'epilessia generalizzata e l'epilessia parziale.

L'accesso convulsivo parziale si manifesta con semplici scosse cloniche e non è preceduto da una fase tonica. La costienza persiste; si perde soltanto quando l'accesso jacksoniano si trasforma in un accesso generale per il diffondersi delle scosse muscolari all'altro lato e a tutto il corpo. I muscoli della faccia e quelli del braccio sono i più colpiti e spesso i soli.

L'epilessia parziale può assumere la forma sensitiva. In tal caso l'accesso si riduce a sensazioni anormali che vengono localizzate in un qualsiasi territorio sensitivo od anche nel campo di uno o di più sensi specifici contro sollecitazioni. L'accesso sensitivo può considerarsi come una forma alternata d'epilessia. Detti noi sappiamo che negli epilettici soggetti ad accessi con aura accade talvolta che l'aura si presenti isolatamente, senza essere seguita dalla crisi convulsiva; ciò equivale ad un rudimento dell'accesso epilettico, ad una sua forma abortita.

Equivaleenti epilettici. — Con le forme sensitive o sensoriali di epilessia e con gli accessi di aura non seguiti da crisi convulsiva noi siamo già entrati nel campo dei così detti *equivaleenti epilettici*, cioè di quei fenomeni accessuali dell'epilessia che si estrinsecano dalla corteccia cerebrale non con spasmi o convulsioni, ma con altre forme di attività anomala, più o meno parziale.

Gli *equivaleenti epilettici* si vogliono dividere in *equivaleenti brevi* ed *equivaleenti protratti*. I primi possono durare anche pochi secondi soltanto, i secondi anche dei mesi; vi sono però le forme di passaggio. La distinzione dal punto di vista sintomatologico è giustificata, perchè gli *equivaleenti brevi* possono assumere le forme più svariate: basti dire che possono ricoprire fedelmente tutte le forme di aura che abbiamo descritto, assumendo anche una forma esecutiva e coordinata, in modo da imitare gli atti coscienti; gli *equivaleenti protratti* consistono invece in varie forme di *porcupatia*, dove la coscienza è bensì alterata, ma non del tutto spenta.

Oltre agli *equivaleenti* che riproducono le varie forme di aura si possono avere altri disordini brevi, che acquistano importanza e per la loro frequenza e perchè spesso costituiscono l'unico fenomeno dal quale si possa dedurre la diagnosi di epilessia. Abbiamo anzitutto le così dette *assenze epilettiche*. L'ammalato colpito da un'assenza epilettica si arresta improvvisamente nei suoi discorsi o nelle sue occupazioni, assume un atteggiamento rigido, fissa lo sguardo, impallidisce. Spesso presenta piccoli movimenti o tremori nelle labbra, nella lingua, negli arti. Ciò non dura che pochi secondi, un mezzo minuto al più, poi ritorna la coscienza e l'ammalato riprende il discorso o la sua occupazione al punto in cui li aveva lasciati senza bisogno di nulla. Questi ammalati possono com-

potranno ignorare la loro malattia, perché generalmente l'assenza non è accompagnata da disturbi obiettivi ed è assai raro che in essa avvenga perdita involontaria di urina.

La perdita di senso durante il sonno può invece per sé stessa costituire un segno di accessi brevi, di equivalenti svoltesi durante la notte, cioè, s'intende, non possa escludersi che essa non sia l'unico segno avvertito di un vero accesso epilettico convulsivo. Ma gli accessi convulsivi lasciano dietro di sé generalmente strascichi (ben più importanti) stati di malessere, di malumore, cefalea, irritabilità, tracce somatiche come convulsioni, inestetismi della lingua, ecchimosi cutanee o sottocutaneivali. L'assenza notturna non può peraltro essere interpretata nel senso di un equivalente epilettico, se non quando si presenti sistematicamente nell'adolescenza o nell'età adulta; nei bambini essa è spesso un fenomeno passeggero che non ha nulla che vedere con l'epilessia.

L'equivalente epilettico si può manifestare in forma di *epilepsia procrustea*. L'ammalato improvvisamente si slancia all'improvviso, correndo come spinto da forza irresistibile. Il fatto che in questa corsa possono essere evitati gli ostacoli, mostra che la coscienza probabilmente non è del tutto perduta, benché l'ammalato alla fine dell'accesso dimentichi completamente tutto l'avvenuto.

Similmente si avvertono, alle capoline di ogni genere, sulla l'inflessione d'un equivalente epilettico con completa amnesia successiva. Si tratta per lo più di azioni violente, spesso violenze contro le persone, che vengono compiute in stato di apparente coscienza e coi segni sensorii dell'ira. Non di rado questi accessi sono seguiti da comuni fenomeni post-epilettici: cefalea, sonno. Uno stato di equivalente epilettico può anche passare in un vero accesso convulsivo che chiude così la scena e viene quasi a riassumere la natura dell'atto impulsivamente compiuto.

Una forma piuttosto rara di equivalente consiste in accessi *periodici di sonno*. In questi casi è importante poter escludere la diagnosi di apnea, tanto più che gli accessi di narcosiopsis sono assai più frequenti nell'istemo che nell'epilessia.

Gli equivalenti protratti dell'epilessia comprendono tutti i fenomeni psichici accessoriali di lunga durata. La loro caratteristica è il turbamento più o meno profondo della coscienza con amnesia consecutiva o con ricordi assai sommersi dello stato morboso e la tendenza ad atti impulsivi e violenti. Le forme di questi equivalenti protratti sono svariatissime e poco nettamente distinte le une dalle altre perché collegate da gradi o passaggi innumerevoli. In certi casi più rari prevalgono i disturbi affettivi, nel senso della depressione: si fanno accessi di *malumore epilettico*. In altri il turbamento è più profondo, inte-

ressa tutta la coscienza, l'ideazione, i sensi: sono stati di *disordine confusionale*, con allucinazioni, stati di sogno, stati crepuscolari, stati di automatismo. Le allucinazioni talvolta hanno importanza prevalente e, malgrado la confusione, danno una certa impronta speciale all'ideazione, determinando uno stato di delirio più o meno disordinato. In casi più prodotti e più miti per riguardo all'insensibilità, il delirio può assumere un sistematizzazione e un carattere paranoide.

Gli accessi di malumore epilettico sono relativamente brevi: durano poche ore, un giorno, una settimana o poco più. Gli ammalati sono in preda ad una sorta d'irritazione; si lagnano di tutto, del vitto, del luogo, del compagno, degli infermieri, del medico; attaccano briga con estrema facilità, dannano in esclamazioni, vengono a vie di fatto, ad atti di lirismo. Generalmente si lagnano di senso di oppressione al capo o di vertigine cefalica, ma spesso accusano disturbi scartati di natura ipocondriaca, senso di pena all'epigastrio, sensazioni oscure e formicolio nei visceri, si dicono ammalati gravemente, intrattengono il medico con perfide espressioni delle loro infermità, brontolano o imprecano, discorrono trasognati, inascoltati; minacciano di suicidarsi e talvolta tentano realmente di uccidersi. Il malumore, l'ostilità contro l'ambiente possono accentuarsi sino a dar luogo a un vero delirio di persecuzione: sono il preludio della sorte, abbandonati dai parenti, destinati a finire la vita in un ospedale, beffati da tutti, una sorta di severità eccessiva, di severie morali e fisiche. Il loro accesso si dilegua rapidamente, per lo più dopo il sonno e dopo un riposo convulsivo; ma presto grande tendenza a ripetersi.

Gli stati confusionali dell'epilessia non differiscono essenzialmente in nulla da quelli che si osservano nell'amaurosi, nell'alcolismo, nella psilogra: il quadro è dominato dalla confusione mentale, dalla insensibilità più o meno completa agli stimoli dell'ambiente, dalle allucinazioni di vari senso, dai deliri caotici. Certamente nell'epilessia sono più frequenti gli stati di angoscia, di terrore, le tendenze aggressive; ma su ciò non si può fondare una diagnosi differenziale. Si presentano in forme diversissime, a seconda che prevalgono i fatti di eritismo psicomotorio o di arresto, le allucinazioni o il perturbamento affettivo.

Vi è una forma confusionale, agitata, furiosa, impropriamente chiamata *mania epilettica*. Gli ammalati sono confusi, ma non hanno perso del tutto i rapporti con l'ambiente: rispondono alle domande perdendosi ben presto in una loquacità incoerente, gridano, si svestono, girano ignudi per la cella, si accostano contro il primo vento, cantano a squarciagola, assumono atteggiamenti grotteschi, ridono convulsivamente. L'accesso può durare da alcune ore a pochi giorni, poi si dilegua completamente o è seguito da forme diverse di confusione, da stati stuporosi. È probabile che a questa forma appartengano i casi detti di *mania transitoria*.

Assai frequente è il cosiddetto delirio aggressivo, una forma di confusione con allucinazioni terribili. L'ammalato crede di essere tra nemici, minacciato della vita, perseguitato da diavoli; la sua mente esprime in più viva magosia; egli si difende disperatamente contro gli aggressori, tenta di ucciderli.

Talvolta invece le allucinazioni hanno un carattere religioso: l'ammalato vede Dio, la Madonna, gli angeli, ode le loro voci, subisce le loro ingiunzioni, prega, si batte il petto, canta, si procura il risorgere di Dio che redimerà il mondo. Ma anche in questi casi l'ambiente può essere considerato in modo esatto: gli infermieri sono musulmani, giudei da sterminare, sabei da convertire alla fede e da sottomettere ai riti che la vogliono.

Un disturbo più profondo della coscienza che non in questi stati di confusione con eccitamento se ha nel così detto stupore epilettico, i cui accessi possono sorgere isolatamente o in seguito o alternativamente con i primi. Gli ammalati stanno immobili, rigidi, con pupille dilatate e poco reagenti alla luce. Assumono atteggiamenti catatonici, pronunziando automaticamente parole, frasi staccate o si chinano in sordomutismo. Non reagiscono più agli stimoli esterni; non avvertono i bisogni corporali. Talvolta presentano flessibilità erica dei muscoli e conservano a lungo i più strani atteggiamenti.

In tutti queste varie forme di confusione e soprattutto in questa stupore, i ricordi di quanto è avvenuto durante l'accesso sono estremamente scarsi o del tutto mancanti. Benché il difetto della memoria sia proprio di tutti gli stati confusionali in genere, pure è certo che in quelli di natura epilettica il turbamento della coscienza è più profondo e l'amnesia più grave.

La grade più spiccata di autismo, spesso totale, si ha invece in altri equivalenti protratti dell'epilessia, che pure non possono dirsi confusionali sebbene si abbiano argomenti per ritenere che in essi la coscienza subisca un certo ottundimento. In questi stati l'esclusione dall'ambiente non è mai completo e l'ammalato può in certo modo comportarsi come persona normale di fronte agli avvenimenti esterni; ma è il giudizio, è l'associazione delle idee che sembrano interamente sospesi, sicché le azioni degli ammalati appaiono interamente destitute di ogni motivazione, come eseguiti per un sorta di automatismo. Il netto distacco che si è nella memoria tra questi stati e lo stato normale li può far assomigliare agli stati secondari dell'isteria.

In primo luogo dobbiamo considerare gli stati di automatismo protratti, le così dette *lapses* degli epilettici. Nello stato di veglia, in mezzo alle sue occupazioni, l'ammalato colpito dall'accesso interrompe l'opera

una, lascia il luogo in cui si trova e si dà a vagare senza scopo, senza una meta ben definita: talvolta, infilata a torto una strada, va intanto frettolosamente sino a cadere stinto per la fatica o il digiuno. Oppure cammina in varie direzioni soffermandosi qua e là come trasognato, balbettando parole sconnesse, commettendo atti stravaganti: si deturpa, prende oggetti altrui, espone al pubblico i genitali per deridere o masturbarsi come se non vi fossero testimoni. In casi più rari il contegno può essere abbastanza ordinato e la serie degli atti abbastanza complessa: l'ammalato può recarsi alla stazione, prendere un biglietto, compiere un lungo viaggio, domandare, cambiando di treno, viaggiando a tempo e luogo opportuno, senza attirare l'attenzione d'alcuno. Al cessare dell'accesso si ribalta come da un sogno e dimentica interamente tutto ciò che è accaduto.

Gli accessi di automatismo possono insorgere durante il sonno dando luogo al noto fenomeno del sonnambulismo. L'ammalato s'alza dal letto, accende il lume, si veste, gira per lo stanza, legge, scrive, sfrega dei lavori professionali, torna a letto per riallacciarsi. Appare esce ignara farei di cosa, incosciente del suo stato, senza una meta, si espone a pericoli senz'accorgersene. Malgrado l'evidente ritualità della condotta, la coordinazione automatica dei movimenti è perfetta, una parolaccia superiore alla norma: l'ammalato può possedere con disinvoltura su di un testo, calarsi già da una gradinata. Si direbbe che l'incoscienza del pericolo renda più sicuri i suoi movimenti.

A questi stati di automatismo rassomigliano molto le forme più protratte di delirio lucido, che possono durare anche qualche mese. L'ammalato è in preda a idee deliranti, per la più di grandezza o a contenuto mistico, religioso, ma è lucido, ordinato nel contegno, in questi casi tra la coscienza attuale e i ricordi della vita passata non vi è un distacco completo, ma una lacuna più o meno vasta, che abbraccia giorni o mesi.

Stati pre-epilettici e post-epilettici. — La semiopatologia degli stati pre-epilettici e post-epilettici è del tutto identica a quella degli equivalenti protratti: non vi è alcun sintomo, tra quelli che ora ora abbiamo descritti, che non possa presentarsi in seguito ad accessi epilettici convulsivi, e d'altra parte il quadro di un equivalente protratto può chiudersi con uno o più accessi convulsivi o esserne interrotto. Il parossismo convulsivo non può considerarsi quindi né come la causa, né come la conseguenza dell'accesso psicopatico; piuttosto è una nota personale che sta ad attestare una speciale partecipazione dei centri motori al processo epilettico. Nota personale perché in ciascun malato è assai costante il rapporto tra fenomeni convulsivi e fenomeni psicopatici: vi sono epilettici che non

presentano mai accessi classici motori, ma soltanto degli equivalenti; in altri il disturbo psicotico precede, per lo più di poco, la comparsa degli accessi, in altri segue o si alterna con accessi unici o più spesso ancora con gruppi di accessi ripetuti. Le modificazioni nel tipo e nell'ordine dei vari fenomeni non si presentano che lentamente in grandi periodi della malattia.

Stati psicopatici permanenti. — Non tutti gli epilettici sono malati di mente. Vi n'è anzi un gran numero che, pur soffrendo di accessi più o meno frequenti, non presentano mai disturbi psicopatici tali da meritare la segregazione in un manicomio o in un ospedale, e anzi possono senza inconvenienti accedere alle loro occupazioni professionali e provvedere ai propri interessi. Tra questi epilettici si annoverano talvolta persone di notevole intelligenza e attività psichica non comune. Ma la grande maggioranza degli epilettici, circa l'80 per cento, va incontro con gli anni e col ripetersi degli accessi a un particolare stato di indebolimento mentale, a un perturbamento cronico del carattere e degli affetti, che vuol designarsi col titolo di *degenerazione epilettica*.

Maggior costanza hanno i perturbamenti affettivi e del carattere, anzi si può dire che essi si osservano in modo più o meno accentuato anche in quegli epilettici che hanno intelligenza normale e che come individui normali vivono in società. La nota fondamentale è la impetuosità del carattere, la eccitabilità emozionale. Gli epilettici sono sempre facili all'ira ed alla violenza, energici e spesso senza scrupoli nell'azione. Irrequieti, volubili, conducono per lo più una vita agitata, che è una sequela di avvenimenti personali, nelle quali si impegnano senza riflessione. Nelle opinioni religiose e politiche rassentano sempre gli eccessi: conservatori feroci, rivoluzionari violenti, proseliti fanatici di religioni vecchie e nuove, settoi sempre. Assai di rado le loro passioni hanno un contenuto altruistico, sono invece gli istinti fondamentali dell'egoismo che guidano l'azione degli epilettici: l'avidità del denaro, la bramosia inestinguibile della donna, lamania del potere. Facilmente perciò manifestano tendenze criminali; molti ladri, assassini, stupratori sono epilettici.

Negli individui che per le frequenti convulsioni, per le ferite che riportano, per la incapacità al lavoro sono in uno stato di perenne invalidità, l'istinto di attaccamento alla vita assume proporzioni morbose e fittiziose e si afferma con preoccupazioni di natura ipocondriaca. Sempre tra i piedi del medico ed espone profusamente le loro sofferenze, i loro dolori, le loro miserie, esigono cure incessanti, cure, prescrizione farmaceutiche, che applicano con zelo meticoloso. Il continuo pensiero della salute, il ritenersi vittime di una grave e fatale sventura li spinge

in braccio al bigottismo più ripugnante; anocciolite libertinabili maschi, frequentano puntualmente la messa e il confessionale, lottizzano per la sacrestia, sono felici di servir la messa, di seguire il sacerdote scomunicando, di accompagnare i morti anche senza conoscerli. Ma come la cura incessante della salute non è datogli dall'abbastionarsi all'orgia fino le volte che se ne presenti l'irresistibile occasione, così il sentimento religioso non li esime da azioni proterve. Presuntuosi di chi bestemmia, sono a loro volta bestemmatori emersi. Untosi nei modi, umili e servili sino a riescere fastidiosi coi modi che riguardano come superiori, sono poi affettuosi e sollecitati coi gli altri scumalai.

Dal lato intellettuale si possono avere tutte le gradazioni dell'intorpidimento sino alla più profonda demenza. Molto importa da questo punto di vista la frequenza degli accessi, ma soprattutto la importanza l'età in cui è comparsa l'epilessia. Se gli accessi si sono manifestati sin dall'adolescenza, ripetendosi frequentemente durante tutta la vita, la demenza raggiunge gradi gravissimi: nelle forme tardive invece l'intelligenza non subisce che una modesta involuzione.

Nelle forme leggere di demenza non si nota che un rallentamento ed una limitazione del processo ideativo. Gli ammalati se esprimono costanto e lentamente, hanno un linguaggio povero, ricorrono a circoscrizioni probate, a paragoni interminabili per spiegare le cose più semplici; nel parlare si perdono in minuzie, in esposizioni inopportune di aneddoti, in lunghe digressioni, che rendono la conversazione con questi ammalati veramente fastidiosa. Il patrimonio ideativo si impoverisce, si restringe ad una stretta cerchia di luoghi comuni. In casi più avanzati si manifesta una evidente diminuzione della capacità ritenitiva, sicché non è più possibile l'acquisto di nozioni nuove, né il ricordo di avvenimenti lontani. Nelle forme poi gravi di demenza epilettica si arriva addirittura al disorientamento completo di tempo e di luogo; gli ammalati trascorrono la loro vita in uno stato di anelamento profondo, talvolta persino il loro linguaggio subisce una dissoluzione più o meno completa. Solo tra i dementi epilettici si possono trovare gradi di demenza mentale paragonabili a quelli che raggiunge l'epilessia nelle sue forme più gravi.

Caratteri e sistemi somatici. — Un buon numero di epilettici presenta stigmi fisici che, senz'essere patognomoniche della malattia, hanno con essa legami interessanti. La scuola antropologica italiana, con a capo Lombroso, ha minutamente approfondito l'esame antropologico degli epilettici, cercando soprattutto in essi i così detti segni degenerativi. E i segni degenerativi infatti si riscontrano con molta frequenza in questi ammalati.

L'abnorme sviluppo dei seni frontali, la sporgenza eccessiva delle labbra frontali, la deviazione del naso, la presenza dell'appendice lenticolare, l'insolito sviluppo della mandibola, il prognatismo, le anomalie dentarie, il labiale darwiniano, le orechie ad anse, la scioltezza del labiale auricolare sono caratteri possibili in normali e in epilettici, ma più in questi che in quelli.

Maggiore importanza di questo sturno dal significato incerto hanno altre anomalie che, come vedremo, più che un vero segno degenerativo,

sono da considerare come espressione indiretta di lesioni patologiche a cui il cervello o i centri nervosi hanno soggiunto preesistentemente. Importante soprattutto è l'ectroblefaros cranio-facciale, che in certi casi assume proporzioni imponenti (figura 118). Assommano analoghe si possono qualche volta osservare anche nello sviluppo degli arti. Analogamente, dal punto di vista filuzionale, si può osservare esagerata sporgenza della forza muscolare del dito (111), minorissimo sviluppo o sensorio. Il restringimento, lo



Fig. 118. — Ectroblefaros faciale in una epilessia cronica: gli arcuati, rudimentali, sono separati da spazi vuoti che li dividono quasi.

strabismo, le paresi unilaterali sono fatti di un più accentuato significato patologico. Per essi si passa a quello forme di arresto di sviluppo anatomico e di deficienza funzionale che sono caratteristiche della cerebroglija precoce e che, come vedremo, hanno un nesso intimo con l'epilessia.

Altre anomalie sistematiche possono considerarsi come un effetto acquisito degli accessi frequenti. Così è di certo *paros*, prevalentemente unilaterali e che si presentano a lungo andare in seguito ad accessi ripetuti e violenti e soprattutto nel lato maggiormente battuto dalle convulsioni. Anche l'esagerazione dei riflessi tendinei, accompagnata da un leggero stato di ipertonia, è un frequente risultato delle convulsioni ab-

uali e talora di un inasprito processo degenerativo nei fasci piramidali. Probabilmente l'acconsuata ipotesi di molti epilettici inveterati è assai ossa sequestrata.

L'articolazione della parola negli epilettici soggetti ad accessi frequenti



FIG. III. — Donato di 46 anni, da tempo di epilessia; carattere da costipazione e da indole; carattere insidioso; espressione triste.

e di remota origine soffre per un'alterazione caratteristica. Il malato parla a stento o con grande lentezza, quasi come se uno spesso irraggiato gli organi della fonazione nell'atteggiamento che meno a meno vanno assumendo. Nei casi più avanzati a questa *bradiloquia* si aggiunge una vera *disortria*, che può essere anche accentuatissima, tale da rendere la favella quasi incomprendibile. Tuttavia questo disturbo dell'articolazione si può distinguere dalla disortria dei paralitici: manca infatti la deformazione sillabica, l'esitazione, la ripetizione e l'omissione di lettere o sillabe.

Le tempeste emozionali che agitano abitualmente l'animo degli epilettici finiscono coll'impietarsi in modo indelebile nell'espressione fisiologica, nei tratti unici di questi animali. Non di rado gli epilettici inveterati hanno un'espressione affrittuosa (fig. III).

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

La diagnosi di epilessia è nella maggioranza dei casi estremamente facile: gli stessi ammalati la annunciano prima ancora di esporre le loro sofferenze. Ma vi è un certo numero di casi in cui la diagnosi può presentare difficoltà rilevanti, tali da costringere un lungo e paziente esame e da rimanere persino ciò non ostante incerta. I punti contestabili sono principalmente due: la natura dell'accesso convulsivo e quella del disturbo mentale quando gli accessi mancano o sono ignoti.

Per ciò che riguarda l'accesso convulsivo è della massima importanza la distinzione dall'accesso isterico. La perdita completa della coscienza, la caduta brusca con produzione di ferite, la morsicatura della lingua, la rigidità con rigidità pupillare, lo stato di asfissia determinato dalle con-

trattioni toniche dei muscoli respiratori, la breve durata dell'accesso, il succedersi di un periodo di coma, la perdita involontaria di urina, feci, sperma sono fatti che dipendono per l'accesso epilettico. Nell'accesso isterico invece la caduta avviene senza danno, quasi prudentemente, la coscienza non sembra del tutto perduta; manca il pallore iniziale del volto; mancano i fenomeni uditivi; la confusione è di lunga durata e permette all'ammalato di assumere gli atteggiamenti espressivi e passionali che già descrivemmo; l'aura non è così istantanea e caratteristica; il grido iniziale è assai raro. Qualche volta la diagnosi è resa difficile dalla profondità dell'incoscienza e dalla piena ansietà che segue il grande accesso isterico. L'isterismo e l'epilessia possono anche associarsi nei medesimi soggetti o ciò dà luogo ad esitazioni e a false rettifiche di diagnosi. Nei casi in cui si fossero dubbi decide il corso di tutti i sintomi psichici e somatici che dipendono per l'una o per l'altra malattia.

Gli accessi epilettici non differiscono per nessun carattere essenziale dagli accessi convulsivi che si possono osservare nell'anemia, nell'edematosi, nella sifilide cerebrale, nei tumori cerebrali, nel diabete, nella paralisi progressiva: le sottili distinzioni che taluno ha voluto fare non hanno alcun valore pratico, ed effettivamente la distinzione di accessi epilettiformi che si è voluto dare a questi accessi sottintende una distinzione causale, ma non racchiude una distinzione sintomatologica. È vero che gli accessi epilettiformi sono più spesso a tipo jacksoniano; ma sul criterio del tipo più frequente è evidente che non si può basare alcuna diagnosi individuale. In realtà la distinzione tra gli accessi epilettiformi e gli epilettici non si fa che a posteriori, quando è sola la causa. Dinnanzi a un caso nuovo, che si manifesta inizialmente coi fenomeni convulsivi, la diagnosi d'epilessia si deve quindi stabilire per esclusione, quando cioè si riesce ad eliminare con sicurezza tutti i sintomi estranei, che appartengono rispettivamente al diabete, all'anemia, ai tumori cerebrali, ecc. Lo stesso si dica per la distinzione tra accessi di epilessia essenziale e accessi di epilessia aleatoria. Quanto poi alla paralisi progressiva, siccome i fenomeni convulsivi ne aprono l'involuta la causa, non è facile distinguere questi casi da quelli di epilessia ad inizio tardivo. Possono chiarire il diagnóstico gli altri sintomi organici della paralisi progressiva; se però manca persino il caratteristico intorbidimento mentale, ciò che avviene assai di rado, la diagnosi di paralisi progressiva dovrà essere aggiornata e non tarderà ad essere chiarita in capo a qualche tempo.

Gli equivalenti protratti dell'epilessia, quando non si conoscano bene gli antecedenti del malato e non si possa assistere ad alcun accesso epilettico, possono andar confusi coi gli accessi confusionali, con la mania, con la demenza precoce, soprattutto della forma catatonica. Come criterio

giacendo si deve tener presente che negli epilettici il turbamento della coscienza, anche quando è relativamente breve, determina un certo isolamento, una notevole insensibilità alle impressioni esterne; e gli atti dell'epilettico, più che reazioni ad impressioni esterne, sono impulsi che procedono da affetti e da rappresentazioni interne. Se ciò rende relativamente facile il diagnostico rispetto alla mania, nella quale la percezione è pronta e l'attenzione del malato è facilmente attirabile ai minimi avvenimenti esterni, lo rende invece difficile per rispetto all'amnesia, nella quale il turbamento della coscienza e l'isolamento sono altrettanto gravi: lo rende pure difficile di fronte alla demenza precoce, dove gli impulsi possono presentarsi in modo esplosivo e imprevedibile come nell'epilessia. Non-dimeno l'osservazione attenta e prolungata fornisce quasi sempre elementi per il diagnostico: gli stati confusionali dell'epilessia sono di solito assai brevi, terminano all'improvviso, non provocano deperimento organico, sono seguiti da amnesia che talvolta si spinge retrospettivamente a un periodo più o meno lungo della vita antecedente; tutte cose che non avvengono nell'amnesia. Nella demenza precoce poi l'amnesia è selettiva, e gli ammalati usciti da uno stato catatonico sono in grado di riferire minutamente le proprie impressioni e gli avvenimenti ai quali assistere da spettatori muti ed immobili.

ETIOLOGIA E PATOGENESI.

Le opinioni degli autori sulla etiologia dell'epilessia oscillano tra due estremi opposti. Secondo i più l'epilessia è una malattia ereditaria, che deriva da cause eminentemente interne e legate alla degenerazione della schiatta. Secondo altri le cause dell'epilessia sono soprattutto di origine esterna: encefalopatie di diversa origine, infettiva e tossica, tumori, traumi, disturbi circolatori dipendenti da vizi cardiaci, lesioni arteriosclerotiche del cervello. Di questo secondo modo di vedere il più ardace e deciso sostenitore è PIERRE MARIE: egli non esita ad affermare che « la causa dell'epilessia è sempre esterna all'ammalato e posteriore alla sua concezione ».

Non vi è dubbio che moltissimi epilettici presentano antecedenti ereditari. ALTHAUS trova ereditarietà nel 40,9 % dei casi, RECLUS BONNET nel 41 %, KRAEPELIN trova predisposizione ereditaria nell' 87 %, dei casi « tra questi in più del 22 % epilessia dei genitori. Ma le statistiche a questo riguardo meritano qualche critica. In primo luogo quella di cui si vuol tener conto è un'eredità generica, o carica della quale si valuta qualunque malattia nervosa o mentale. Se invece si bada soltanto alla eredità sim-

lare ed accertata, i quadri si rimacono intervallosimmetrici. E d'altra parte la presenza di epilessia nei genitori non è un argomento assoluto che testimoni senza altro un vero fenomeno di eredità intellettuale. Molto spesso l'epilessia è una malattia acquisita: come tutte le malattie gravi, essa è causa di disturbi nello sviluppo della prole, di vere encefalopatie fetali, che eventualmente possono assumere la forma di epilessia come nei genitori. Aggiungasi che spesso l'epilessia è provocata dall'alcolismo dei genitori, che coopera largamente alla genesi di tutte le encefalopatie fetali, e quindi anche di forme attenuate e senza parossismi che talvolta si manifestano con la sola epilessia.

Non si è dubito che in molti casi l'epilessia scoppia senza alcun precedente ereditario nell'età infantile ed adulta per azione evidente d'una causa esterna. Quelle cause infantili traumatiche che nei primissimi anni della vita sogliono determinare così facilmente le cerebropatie infantili possono, senza produrre notevole indebolimento o arresto dello sviluppo mentale, dar luogo a fenomeni epilettici anche negli adulti. Il varicello, la scarlattina, le infezioni settiche, il tifo, la malaria sono talvolta insuperabili d'una epilessia tutt'altro che idiopatica. La sifilide, indipendentemente da ogni alterazione a livello, da ogni processo di meningite gommosa, può produrre una forma di epilessia parossistica, che non risente gli effetti della cura mercuriale e jodica (Follesius). Non si è poi alcuna insensibilizzazione orotica che non sia in grado di produrre l'epilessia: oltre all'alcolismo, il saturnismo, l'ergotismo, il talagemo, l'astinenza forzata dalla morfina, possono essere accompagnati da accessi epilettici. I traumi, le compressioni, i parassiti del cervello, i tumori determinano a loro volta accessi convulsivi, che non differiscono per nulla da quelli di epilessia classica, e per giunta possono produrre anche accessi equivalenti in forma vertiginosa e psichica.

Se da una parte dunque non si può riconoscere una certa influenza ereditaria, d'altra parte l'influenza di cause esterne (diretta o indiretta) è spesso molto evidente. È perciò che dai sostenitori ed oltretutto della genesi endogena ed ereditaria dell'epilessia si pretende distinguere tra le epilessie sintomatiche di cerebropatie, di tossicazioni, di traumi, e una forma di epilessia essenziale o degenerativa, nella quale non si può dimostrare l'influenza diretta di alcuna causa esterna ed a cui assegnano il posto d'origine. Ma questa distinzione implica una petizione di principio: si chiama idiopatica quella epilessia in cui non si può dimostrare una causa diretta; quando invece la causa si conosce, si parla di epilessia sintomatica. Ora, l'accesso epilettico di un idiota cerebroplegico non differisce in nulla da quello di un affilico cerebrale o di un epilettico o idiopatico. La distinzione tra l'epilessia vera o idiopatica e le epilessie sintomatiche non

epilepsia dunque che sull'ignoranza della causa nel caso della così detta epilessia vera, sulla sua conoscenza negli altri casi.

Per ammettere con fondamento scientifico un'epilessia idiosintatica ben distinta da un'epilessia sintomatica, bisognerebbe poter escludere la possibilità di una lesione latente o circoscritta del cervello che si estrinsechi con un sintomo solo, l'epilessia. Ora non solo una tal negazione non è dimostrata, ma è invece molto verosimile l'atto opposto. Tra i *cerebropatiosi* infantili che soffrono oltre al resto di epilessia, noi possiamo osservare tutte le gradazioni dell'insufficienza psichica dall'infima sino ad una integrità completa dell'intelligenza. D'altra parte, benché spesso l'epilessia dei *cerebropatici* sia associata a paresi, a paralisi o ad altri indizi minori di lesione encefalica, è certo che in alcuni casi l'epilessia è il solo sintoma motorio associato alla deficienza psichica. Perché dunque non dovrebbe verificarsi il caso di una lesione cerebrale circoscritta, ma di origine identica a quella che si riscontrano nelle *cerebropatie* infantili, e che si estrinsechi col solo fenomeno dell'epilessia, figurando così nelle file della così detta epilessia idiosintatica?

Non si potrebbe trattare, come ammette LÉVY, di piccole lesioni disseminate, prodotte nell'età infantile da microorganismi o da tossici, e già circoscritte all'epoca in cui si stabilisce l'epilessia?

Questa ipotesi riesce maggiormente avvalorata se approfondiamo il significato sia delle stigme somatiche, sia di certi particolari dinamiche che non mancano mai di estrinsecarsi nell'accesso epilettico.

Conosciamo dalle stigme somatiche. L'asimmetria cranio-facciale, che secondo LAFITE e DELASTIVE sarebbe costante nella epilessia essenziale, si può interpretare in un senso strettamente patologico (IRREVERSALI e SOLLIER), cioè come una conseguenza di processi patologici che si svolgono diversamente nei due emisferi cerebrali. KUTZNER osservò la frequente doltesibilità alla pressione sulle suture, che deporrebbe anch'esso in questo senso. Se noti che nei *cerebropatici* infantili, sui quali i fenomeni di paresi, di contrattura e di atrofia rendono facile anche in vita l'accertamento della lesione cerebrale, le asimmetrie cranio-facciali sono ancor più accentuate che negli epilettici; e in essi sono inoltre frequentissime tutte quelle malformazioni di organi esterni che si considerano come segni degenerativi. Nello stesso senso, cioè come conseguenze indirette di una lesione cerebrale precoce ed unilaterale, quindi circoscritta, debbono interpretarsi tutte le altre asimmetrie trofiche e funzionali che si riscontrano negli epilettici. TOUSSAÏN osservò che i disturbi trofici, vasomotori e sensoriali sono più evidenti nel lato opposto alla parte asimmetricamente difforme del cranio; e VEXTELL sostiene che da quel lato le convulsioni si presentano più forti.

In generale la esclusività, la prevalenza e la diversità delle convulsioni in un lato, e più ancora la presenza di accessi circoscritti che si alternano con quelli generali e che abbiano aperto la scena sugli inizi della malattia, sono documenti in favore dell'ipotesi che ammetta una lesione encefalica nettamente localizzata. Così pure le paresi circoscritte che in certi casi seguitano all'accesso e gli accessi in forma paralitica.

Ma anche fenomeni più comuni, che si presentano momentaneamente o formano parte integrante dell'accesso, sono suscettibili della stessa interpretazione. L'aura epilettica non « osserva » tutti gli ammalati; ma quando esiste, assume caratteri costanti per natura, direzione e topografia. Ciò dimostra che l'aura è un'irradiazione morbosa che parte da una lesione localizzata della corteccia cerebrale. Essa è frequente anche nell'epilessia jacksoniana e porge, mezzo della convulsione, un prezioso indizio per la diagnosi di sede. Orbene, non deve farsi l'aura, che insorge sempre uniforme all'inizio dell'accesso, esser considerata come l'indice della località cerebrale da cui la scarica epilettica si diffonde agli altri centri corticali e dove è verosimilmente la sede dell'unica o della massima lesione?

In certi epilettici l'accesso è accompagnato da deviazione occhio-cefalica: ciò significa che durante il fenomeno convulsivo l'azione d'un emisfero prevale su quella dell'altro. In altri casi si hanno addirittura dei fenomeni rotatori. Anche questi fatti sono interpretabili come segni di lesione locale prevalente. La stessa *epilessia prostrata* può ricevere un'interpretazione analoga: essa è un complesso d'atti coordinati ed automatici che partono da un centro specializzato. Se anche riguardiamo il *carattere* come un atto psichico o l'accesso d'*epilessia prostrata* come un equivalente psichico (BOTTGER) o come un'azione conta (KRASKE), non rinneghiamo con questo la natura circoscritta dell'impulso e della lesione che lo provoca, perché anche i centri psichici si suddividono e si annunziano separatamente. Molti epilettici cadono sempre nello stesso modo, nella stessa direzione, si feriscono nello stesso punto; anche questo dimostra che la convulsione non è uniforme, che per lo meno al suo inizio colpisce di preferenza certi gruppi muscolari, come « si partisse da determinati punti della corteccia, sempre gli stessi, per diffondersi poi a tutto il resto. Vi sono epilettici che si morsicano la lingua sempre da un lato. OLIVER fa anzi osservare che la morsicatura della lingua avviene dal lato verso cui si volgono gli occhi e il capo al principio dell'accesso, e che spesso vi è elano del piede dallo stesso lato. Il grido iniziale si presenta solo in una minoranza di epilettici, ma come un fatto costante nell'individuo che ne soffre: ed anche al grido iniziale OLIVER dà il valore d'una

manifestazione a focoviti che irradia durante l'accesso dal centro corticale corrispondente.

La mancanza di fenomeni parietali non è dunque sufficiente per affermare la natura cerebropatica dell'epilessia: nella maggioranza dei casi di epilessia detta essenziale gli accessi o non sono uniformi o si iniziano con fenomeni parietali che testimoniano un eccitamento corticale circoscritto, talora ed effetto di una progressiva cerebropatia, né più né meno come le parest., le contratture, le afasie.

Questi argomenti non devono condurre a conclusioni eccessive. Se è probabile che in ogni epilettico si sia verificato un qualche processo cerebropatico di cui non resta magari che una traccia funzionalistica impercettibile, per esempio una cicatrice o un'area diffusa di lieve sclerosi, non perciò dobbiamo ammettere che questa lesione cerebrale sia l'unica causa possibile dell'epilessia. Gli esperimenti sugli animali ci mostrano che anche da cervelli anatomicamente integri provengono accessi epilettici, ad esempio per azione di sostanze tossiche. E infatti anche in quegli epilettici nei quali è ben dimostrato un processo di lesione cerebrale infantile, non sempre, anzi soltanto in una minoranza di casi, gli accessi si manifestano subito dopo la lesione cerebrale: spesso invece la lesione diventa del tutto latente e solo dopo parecchi anni, in seguito ad altre cause occasionali, si manifesta l'epilessia.

Dunque da un lato le intossicazioni possono essere causa diretta ed esclusiva di accessi convulsivi, come pure che avvenga quasi sempre per le convulsioni urinarie o « diabetiche »; dall'altro lato le intossicazioni possono cooperare alla produzione dell'accesso epilettico come causa occasionale. Ciò avviene principalmente per l'alcool. La speciale intolleranza che tutti gli epilettici dimostrano per l'alcool è la prova d'una predisposizione che, accentuandosi, darà luogo all'abbassatezza patologica o addirittura alla sverbia epilettica, anche senza il concorso d'alcuna lesione anatomica: poche gocce di questa sostanza basteranno, sommandosi con l'intolleranza costituzionale per l'alcool, a fare del predisposto un epilettico. E più anche dire che l'intolleranza dell'alcool ha un effetto acquisito di processi cerebropatici, di guisa che i fattori dell'epilessia diventeranno tre: la cerebropatia originaria, l'intolleranza alcoolica e l'alcool, per la sua sola presenza anche in minima dose. In questo caso l'alcool è come un sensibilizzatore del cervello, un rivelatore della epilessia. Ma c'è ancora una terza possibilità. Certe intossicazioni croniche, come ad esempio quella da piombo o la metastilide possono anche determinare lesioni cerebrali tossiche e perciò agiscono in doppio modo: da un parte come causa dell'encefalopatia, e dall'altra dando luogo al disturbo dinamico acuto che provoca l'accesso epilettico.

la cervello predisposti all'epilessia, verosimilmente per piccole lesioni cerebrali dell'infanzia, gli accessi sono l'effetto di molte altre cause occasionali. Una delle più invocate è lo spavento, e realmente si può constatare che in moltissimi casi le convulsioni si sono per la prima volta manifestate in seguito ad un trauma psichico. Non è difficile che questi stessi individui presentino segni caratteristiche e persino segni evidenti di core-bregmatia, che attestano la natura organica dell'epilessia; ma intanto il fenomeno epilettico in senso stretto si sono presentati in seguito allo spavento e sarebbero ritratti allo stato latente senza di esso.

Alle cause occasionali dell'epilessia vanno aggiunte le alterazioni periferiche del sistema nervoso ed anche di altri organi le quali agiscono come stimolo. Le cicatrici periferiche sono bene spesso causa della così detta *epilessia riflessa*. Le affezioni uditive (Otitismi) e soprattutto le otiti medie (KURTER) sono talvolta causa di accessi epilettici. I polipi nasali, la curie dentaria possono produrre lo stesso effetto. È interessante l'osservazione di WIGLESWORTH e BOWMAN, i quali trovarono che molti epilettici abituali presentavano gravi vizi di rifrazione e che migliorarono in seguito ad applicazione di uno opportuno «correttore» diottrico con lenti. Questa osservazione fu in seguito confermata da HIRN, STREVEN, MARTIN, DODD. Ma non sempre, allontanando la causa occasionale dell'epilessia, scomparivano i fenomeni convulsivi; talvolta essi si attenuano soltanto, talvolta non si modificano affatto. È dunque da pensare che in questi casi la causa occasionale abbia determinato l'epilessia, o che il frequente ripetersi degli accessi abbia creato nei centri nervosi l'abitudine a reagire convulsivamente, aumentando l'irritabilità.

Le cose poi sopra esposte ci sono di non poco aiuto per ricordare bene la patogenesi speciale dell'accessi epilettici. Che il punto di partenza della scarica epilettica sia nella corteccia cerebrale non può esser posto in dubbio quando si pensi alle numerose affinità e ai passaggi individuali dall'epilessia psicomotrizia all'epilessia generalizzata. Con ciò non si esclude che altri centri sottocorticali possano esser capaci di dare convulsioni generalizzate, ed è anzi possibile che anch'essi, sempre per influenza della scarica corticale, partecipino alla produzione degli accessi convulsivi generalizzati. Ma oggi la questione verte piuttosto su di un altro punto: qual'è lo stimolo che determina la scarica?

In certi casi di evidente lesione cerebrale è facile pensare che le cicatrici risultanti da un antico processo cerebropatico o da un trauma agiscano irritando in maniera continuata i centri motori fino a provocare, per accumulo di stimoli, una scarica periodica ed improvvisa. Ma quando non è manifesta alcuna lesione cerebrale si deve pensare piuttosto ad uno stimolo più diffuso. In questo senso devono essere necessariamente orientate

le concezioni patogenetiche di quegli autori che considerano l'epilessia come uno stato congenito di squilibrio nervoso, dipendente da una alterazione degenerativa costituzionale di tutto l'organismo. Molti di questi autori considerano addirittura la scarica epilettica come l'indice di una alterazione impercettibile coi nostri mezzi di indagine, i centri nervosi, per una singolare modificazione del loro equilibrio molecolare, se rendessero inabili a trattenere le energie latenti. Altri invece ammettono meccanismi di azione più indiretti. Così sono stati invocati disturbi vasomotori della corteccia cerebrale, nel senso dell'anemia o dell'ipernemia, che dipenderebbero a loro volta da una alterazione del simpatico (MEXNER, ECHTSTAHL). Ma oggi appare più che mai inverosimile che tali perturbazioni di circolo possano determinare l'epilessia; più facilmente si ammette che le alterazioni del circolo cerebrale non siano che un effetto dell'accesso. È nessun valore si può dare al fatto che l'anemia e l'ipernemia dei centri nervosi provocano talvolta delle convulsioni, come ad esempio nella compressione sperimentale delle carotidi o nella morte per dissanguamento, trattandosi in questi casi di sconvolgimenti diretti ed urgenti, che non sono presumibili negli epilettici per un semplice gioco d'azioni vasomotorie. Lasciamo poi stare che l'esistenza di vasomotori nei vasi cerebrali è tuttora piuttosto dubbia, e che ad ogni modo l'irregolarità vasomotoria è lungi dallo spiegare il primo movimento dell'accesso; essa non fa che spostare la questione alla ricerca dell'agente che determina a sua volta la modificazione improvvisa del circolo.

Per qualche tempo ebbe voga l'ipotesi che l'epilessia potesse esser determinata da una ristrettezza congenita del canale vertebrale nella sua porzione superiore (SOLLMER); ma le osservazioni ulteriori non hanno confermato una tale supposizione. Anche un aumento permanente o accidentale della pressione encefalica, qualunque sia la causa che lo determina, fu considerato come causa degli accessi epilettici; ma le ricerche di NAVRATZKI e ARNDT hanno dimostrato che, se la pressione del liquido cefalo-rachidiano è in aumento durante il periodo tipico dell'accesso, ciò non è che l'effetto secondario dell'arresto respiratorio e della stasi venosa.

Le maggiori probabilità sono oggi per la dottrina tossica. L'epilessia deriverebbe da uno stato di intossicazione cronica che presenta a volte delle esacerbazioni. Ma se vi è un accordo generico nell'ammettere una patogenesi tossica degli accessi, si hanno invece le maggiori divergenze circa alla sostanza tossica che inquinerebbe l'organismo. In base a studi clinici sul sangue HALL conclude che l'accesso epilettico sia espressione di un accumulo di acido urico nel sangue. HERRON non ha potuto verificare tale accumulo, ma invece un'alta proporzione di composti sulfocou-

compato. Per Krauss non è l'acido urico la causa degli accessi, ma il carbonato di ossammina, un composto affine all'acido urico, salvo in più una molecola d'acqua. Per Evans si tratta scapò di un'auto-intossicazione di origine intestinale. Foxari ha osservato la presenza nel sangue di colina ed attribuire le convulsioni all'azione convulsivante di questa sostanza. Altri autori si son dati a ricercare genericamente la base di dell'urina prima e dopo gli accessi, ma i risultati ottenuti sono in gran parte contraddittori o negativi. Altre ricerche infine sono state fatte sulla *acidità del sangue*, che secondo Puci sarebbe in generale costantemente più bassa tra gli epilettici che tra i normali, e salirebbe un abbassamento prima dell'accesso e ancor più dopo, per risalire al livello abituale dopo circa sei ore, salvo il caso che non debba ripresentarsi un altro accesso a breve scadenza.

Tutte queste ricerche, sebbene presentino a fianco a critiche dal lato dei metodi impiegati e dal lato dei risultati, spesso contraddittori, dimostrano tuttavia che negli epilettici sono frequenti le alterazioni del ricambio materiale. E così dubito che esse costituiscano la causa esclusiva degli accessi: al contrario è verosimile che in gran parte siano un effetto secondario dell'affezione nervosa, che impegna tutto l'organismo in violenti perturbamenti dinamici; ma è ancor più verosimile che questi perturbamenti, per quanto secondari, concorrano a perpetuare la malattia, costituendo un incentivo a nuovi accessi. Ciò è evidente, se non altro, per le auto-intossicazioni d'origine gastro-intestinale: si è anche visto che la dieta è in grado di influire notevolmente sulla frequenza degli accessi, qualunque sia il tipo clinico dell'epilessia.

In conclusione non è possibile sintetizzare in una teoria unica la genesi dell'accesso epilettico. Questa scarica nervosa, periodica e accessoria com'è, rappresenta in certo modo l'esagerazione patologica di una attitudine normale tra gli elementi dei centri nervosi, che è quella di accumulare stimoli ripetuti e leggeri od anche continui e impercettibili per rispondere ad essi periodicamente e con molta energia. Gli stimoli patologici che confluiscono a poco a poco al cervello, quasi per saturazione funzionale degli elementi interessati, la capacità di una sommazione patologica possono essere di natura diversa: azioni localizzate, congenite od acquisite, subdole o centripete, ed azioni generali di natura tossica. L'ipotesi di una intossicazione unica e specifica è inutile, avverosimile e in contrasto con l'esperienza: come moltissime sostanze sono capaci di eccitare o paralizzare i centri nervosi, così moltissime sostanze possono esercitare un'azione epilettogena. Forse la capacità del cervello a dare scariche epilettiche può manifestarsi anche in forma congenita e derivare da una preparazione patologica che si svolge in più generazioni come un leno-

umore patologico o degenerativo, ma questa ciacotta patogenetica è una pura ipotesi e non si applica che ad un certo numero di casi per via di esclusione. È infine verosimile che il ripetersi degli accessi epilettici rafforzi sempre più la tendenza dei centri a violente scariche periodiche e che così ogni accesso costituisca in certo modo il preludio od almeno un elemento preparatorio di accessi susseguenti.

FORME CLINICHE E DECORSO.

I vari sintomi dell'epilessia, presentandosi diversamente e con diversa frequenza nei singoli ammalati, danno luogo ad altrettante distinzioni di forme cliniche. Così in certi epilettici la malattia si manifesta con puri accessi convulsivi, in altri con fruscii, vertiginosi o con accessi larvati, in altri con equivalenti più o meno protratti. Queste distinzioni, importanti dal punto di vista pratico, non hanno gran valore dal punto di vista teorico, in quantochè sotto il polimorfismo sintomatico rimane sempre identico il carattere fondamentale della malattia, nè vi sono rapporti ben definiti tra speciali cause della malattia e speciali manifestazioni sintomatiche.

Altre distinzioni cliniche sorgono dal fatto che alcune cause provocatrici dell'epilessia sono in rapporto con *determinale* età e danno al decorso della malattia una speciale impronta oppure suggeriscono praticamente speciali espedienti curativi. Così le forme di epilessia più verosimilmente legate ad affezioni cerebrali idiosincrasiche, avendo agio di manifestarsi per un periodo più lungo e svolgendosi in cervelli giovani che non hanno raggiunto uno sviluppo completo, tendono più facilmente a stati di profonda demenza, mentre invece le forme tardive dell'epilessia, legate a processi arteriosclerotici o a malattie di cuore, danno ben di rado accentratà demenza. Tra le epilessie traumatiche si osservano tutte le gradazioni di gravità: più frequenti sono le forme psichiche o vertiginose, ma non mancano le forme schiettamente convulsive. Si vuole che gli accessi vertiginosi siano specialmente nefasti per l'intelligenza.

Il decorso dell'epilessia è generalmente progressivo. Col ripetersi degli accessi l'indebolimento mentale e i perversimenti del carattere si accrescono anche se gli accessi non aumentano di frequenza. Vi è persino un discreto numero di casi nei quali gli accessi si diradano sempre più. Specialmente quando l'epilessia si è manifestata in seguito ad intemperanza alcolica, l'astinenza ed un regime adatto possono condurre a guarigione. Vi sono anche casi in cui la guarigione avviene spontaneamente come per il sedarsi di un processo irritativo.

L'epilessia può per sé stessa tagliare la morte: specialmente pericolosi sono gli accessi in serie o lo status epilepticus: si può dire che almeno una metà degli epilettici da maniaco-madore in seguito agli accessi. Ma l'accesso epilettico può essere anche causa occasionale della morte per soffocazione, per annegamento, per precipitazione dall'alto, per traumi prodotti nella caduta. Non pochi epilettici finiscono col suicidio.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Quando l'epilessia è collegata a lesioni cerebrali negative e diagnosticabili in vita, ossia in tutti i casi della così detta epilessia sintomatica, il reperto anatomico è costantemente positivo. Se si tratta di epilessia acquisita nell'infanzia si verificano i reperti accennati al capitolo delle coreopatie infantili, se invece l'epilessia è acquisita nell'età adulta, si trovano lesioni traumatiche, tumori, parassiti del cervello, foci di apoplemie. Ma di ciò non occorre che ci occupiamo: qui importa vedere qual'è il reperto anatomico-patologico nei casi che, per essere scompagnati da ogni sintomo coreoepilettico, vengono diagnosticati come di epilessia essenziale.

In questi casi si può fare una distinzione ulteriore: talvolta si hanno reperti macroscopici grossolani, altre volte l'aspetto del cervello è macroscopicamente normale. Una distinzione netta tra le due categorie di casi non vi è, perchè, se la lesione macroscopica è circoscritta ed assai piccola, il ritrovarla o no dipende più che altro dall'accuratezza che se è usata nel ricercarla.

I reperti macroscopici sono quelli propri delle coreopatie infantili, benché di rado (aggiungendo un'estensione pari a quella che si osserva nelle coreopatie gravi con paralisi e con altri fenomeni permanenti. Si tratta piuttosto di processi encefalitici circoscritti, atrofie girali, ramollimenti, cisti, cistiroidi cerebrali, idrocefalo interno. Può accadere che in vita la diagnosi di queste lesioni sfugga. Ciò dipende dalla loro piccolezza e dalla loro localizzazione all'interno delle zone motorie, ragione per cui esse non si sono manifestate con segni clinici ben evidenti. Talvolta la cicatrice è così piccola, che occorre un accurato esame dell'encefalo sopra sezioni in serie per ritrovarla; la sua localizzazione può avvenire anche nella regione sottocorticale, nel nodulo degli emisferi, nei gangli della base. Certamente, se si facessero ricerche accurate e sistematiche, la frequenza di questi reperti aumenterebbe.

Un reperto assai frequente, sul quale Meynert richiamò per primo l'attenzione e che poi fu confermato da una lunga serie di osservatori, è

quello della *sclerosi del corno di Ammon*. Per lo più da un solo lato, ma talvolta anche da ambedue, il corno di Ammon si presenta impaccinato, come raggenzato, notevolmente indurito. La frequenza di questo reperto è tale, che Wernicke lo ritrovò nel 50% dei casi e Bizarz poté descriverne 40 casi. Secondo quest'ultimo autore, si tratterebbe di una vera *gigantossia*, indizio di un disturbo nello sviluppo cerebrale. Secondo Hajos questa interpretazione si adatterebbe ad una minoranza di casi: nella gran maggioranza si tratterebbe invece di un processo di atrofia sclerotica, simile in tutto ai residui di processi encefalitici infantili, così frequenti tra gli epilettici. LAUFENBERG, FISCHER, NERANTER, ROSENSTEIN e LUDWIG hanno fatto osservare che il processo patologico non è isolato e la lesione può estendersi anche ad altre parti del cervello. Non sostiene che quando vi è sclerosi del corno di Ammon si possano sempre scoprire anche lesioni diffuse di tutta la corteccia cerebrale; ma ATZINGER e HAJOS hanno osservato casi in cui si era sclerosi del corno di Ammon senza lesioni del rimanente della corteccia; e ad ogni modo è da notare che quest'ultima lesioni, se pur vi sono, non hanno né la medesima importanza, né il medesimo aspetto della sclerosi localizzata nel corno d'Ammon.

Altri reperti microscopici, che si riscontrano qualche volta nei casi di epilessia invecchiata, sono: un certo grado di *atrofilito interno*, *spaccamento delle sinapsi noli*, *ependimita granulosa*, *atrofia dell'etoro*. I casi di epilessia acquisita in età avanzata, di così detta *epilessia senile*, presentano generalmente gravi e diffuse *arteriosclerosi*. La morte in *status epilepticus* determina d'ordinario *perestis renais* di tutto l'encefalo e piccole *emorragie sparse* nella sostanza grigia e nella bianca. A quelle che si osservano frequentemente nel bulbo e nel ponte. In data speciale importanza, supponendosi che esse potessero avere rapporto causale con gli accessi, ma ormai si ammette da tutti che esse sono una conseguenza degli accessi e non l'altro.

Ma anche dove l'esame macroscopico non rivela alcuna alterazione, si trovano d'ordinario lesioni microscopiche, « sono diffuse e tipiche. È dubbio se queste alterazioni abbiano un valore causale o non siano piuttosto una conseguenza degli accessi frequenti o del disturbo circolatorio che si verifica correlativamente nell'encefalo. Certo è che, mentre esse sono assolutamente costanti nei casi invecchiati di *demenza epilettica*, sono appena accennate e possono persino mancare quando la malattia ha avuto un decorso breve.

In prima linea stanno le alterazioni della *arteriologia*, che da vari autori sono state ritenute come caratteristiche (CHASLIN, BERTHELO). Un processo di *glisi* più o meno accentratà pervade lo strato più superficiale della

corteccia in tutta la sua estensione. Questo strato contiene normalmente fibre di nervaglia elettivamente colorabili col metodo di Weigert: nella gliosi epiletica le fibre aumentano enormemente di numero e qualche volta anche di spessore in modo da formare non di rado uno strato compatto al di sotto della pia madre (fig. 112). Secondo BRUNER questo processo di gliosi sarebbe proporzionale al grado di demenza. In molti casi le fibre di nervaglia compaiono nello spessore della corteccia, ove normalmente mancano del tutto. Ivi si possono anche ritrovare cellule mostruose di nervaglia in notevole quantità, quasi come nella paralisi progressiva. La presenza di queste cellule si verifica anche nello spessore degli strati del corno di Ammon sclerosato (fig. 113).

Le cellule nervose, ove la gliosi sia piuttosto rilevante, presentano alterazioni a tipo cronico, atrofico: sono impieciolate, povere di prolungamenti, talvolta abnormamente cariche di pigmento. L'alterazione cellulare è sempre in diretto rapporto con l'intensità della gliosi; nei casi più accentuati si può andare sino alla distruzione di un numero considerevole di elementi, sicchè risce turbata l'armonia degli strati corticali. Il rapporto tra queste alterazioni croniche e la gliosi è tuttora poco precisato. Secondo ALZHEIMER l'alterazione cellulare è primaria, la gliosi secondaria: ma qui è evidente che si devono separare i processi di gliosi diffusa, che potrebbero anche essere un effetto secondario di disturbi tossici o circolatori legati agli accessi, dai processi di gliosi circoscritti, che rappresentano una irradiazione locale di un focolaio encefalitico. In ogni modo non è dimostrato che neppure le azioni tossiche o i disturbi circolatori siano in grado di provocare primariamente un processo di gliosi, se non sono alterate le cellule nervose.

Le cellule nervose presentano spesso anche alterazioni acute, analoghe a quelle che si riscontrano nei processi somo-intettivi acuti e subacuti. Tali alterazioni non appartengono direttamente al quadro minimo-patologico



Fig. 113. — Gliosi epiletica. Vista coronaria della convulsione frontale, secondo un caso di demenza epiletica. Lo strato di fibre epiletiche ha uno spessore più che doppio del normale ed è fibrillare. La verticillazione delle fibre si notano, atrofizzate, agli strati sottostanti. Metodo elettrico di Weigert.

dell'epilessia: piuttosto sono espressione di uno stato tossico che ha stretto rapporto con l'epilessia; o derivano dalle malattie che furono causa della morte; o sono l'ultima parola degli stati agonici, dell'ipertomia, dello stato epileptico.



Fig. 112. — Ictus epilettico, sclerosi del cornu d'Ammon. Strato coronario del cornu d'Ammon. Cellule nervose atrofiche accompagnate di ammassi "Mottorvella" calcareosi con lamine del loro ferrici.

I casi analoghi presentano spesso alterazioni diffuse: ingrossamento delle pareti, proliferazione dei loro nuclei, specialmente di quelli appartenenti all'avventizia, gliosi perivascolari, presenza di linfociti nell'avventizia e nello spazio linfatico perivascolare. Queste alterazioni sono per lo più da considerare come un effetto degli accessi ripetuti, che determinano foci di stasi e di trasitoria *diffusio cerebrale*; ma è certo d'altra parte che nell'epilessia tardiva le lesioni arteriosclerotiche, gravi e diffuse, hanno un'importanza causale. Del resto Hochhaus ha riscontrato in tutte le categorie di epilettici un'intensa calcificazione dei vasi

cerebrali più sottili; e non esita a considerare questo processo come un coefficiente importante nella prognosi dell'epilessia.

All'infuori delle lesioni cerebrali fanno importanza negli epilettici le anormalità delle vasi craniche. Esse possono essere l'indice di varie altera-

razioni patologiche, di idrocefalo, di rachitide, di scifode, consistono in anemiserie, precoci anossie, abnorme spessore delle ossa, ritardi nelle sature, ipertossie.

Tra le lesioni dei visceri hanno qualche importanza quelle del cuore. Spesso i *visz. salvatori* sono, se non la causa, per lo meno una concusa nel determinare l'epilessia, e ciò specialmente quando la malattia si manifesta in età adulta o nella vecchiaia. L'*ipertrofia del ventricolo sinistro* (semplice) è una conseguenza abituale degli accessi ravvicinati e numerosi.

CURA.

Poche malattie hanno dato luogo a tanti tentativi terapeutici come l'epilessia; dall'uso di innumerevoli farmaci ai più arditi tentativi operatori è tuttora un continuo affacciarsi alla ricerca di espedienti empirici, di rimedi sintomatici, di metodi razionali di cura.

I metodi di cura chirurgica sono ispirati tutti a presuncetti «etiologici o patogenetici». Così fu suggerita e praticata da ALEXANDER la *legatura delle vertebrale allo scopo di diminuire la circolazione del sangue nel cervello*. Ripetuta da molti altri, quest'operazione pareva apportare benefici effetti, ma si finì per riconoscere che il vantaggio era tutt'al più temporaneo. Più tardi JAKSON fece osservare che forse i successi ottenuti colla legatura delle vertebrale erano dovuti al fatto che in questa operazione si tagliava il simpatico; e propose di limitarsi soltanto al *taglio del ganglio che agiterebbe influenzando la circolazione cerebrale*. E anche quest'operazione, come quella più radicale che consiste nell'*estirpazione del ganglio cervicale superiore*, ha dato luogo a risultati contraddittori o nulli, a peggioramenti, a miglioramenti temporanei, benché largamente sperimentati. Ripetutamente è stata variata la *trapanazione semplice* con incisione della dura; anzi KOCHER credè di trovare una spiegazione del buon risultato in ciò, che la pressione del liquido cefalo-rachideo aumenta durante gli accessi e che gli accessi abortiscono se si provoca una evacuazione di liquido che ristabilisca la pressione normale. Ma gli studi di NAVARRO e ARNDT hanno mostrato che l'aumento di pressione non è causa degli accessi, bensì un loro effetto secondario per la stasi venosa originata dall'arresto respiratorio. Del resto già BENZOWSKI aveva potuto persuadersi che i benefici della trapanazione erano tutt'al più temporanei, e a lungo andare le cose tornavano come prima.

In realtà la trapanazione del cranio non trova oggi una indicazione sancita dall'esperienza che nei casi di pura *epilessia traumatica*, quando vi è da presumere che per frattura con svuotamento o schiacciamento

delle cose si è stabilita un'imitazione locale, da cui per lo più nascono accessi patossici. Ma anche in questo caso si ha probabilità di successo soltanto se la malattia non sia avveciata o soprattutto se gli accessi, dapprima localizzati, non siano diventati generali.

Le cure assolute sono in gran parte sintomatiche, ed hanno di mira soprattutto la prevenzione degli accessi. È inutile anche semplicemente somministrare tutte le sostanze che volta a volta sono state adoperate a questo scopo, e alcune in base ai più stravaganti presupposti, come ad esempio il rutiro. L'esperienza generale ha ormai riconosciuto che i preparati bromici sono gli antiepilettici per eccellenza; tutte le altre somministrazioni non potrebbero giustificatamente essere adoperate che in casi di intolleranza o di dimostrata inefficacia dei bromuri. Tra queste hanno qualche valore l'atropina (WISS), l'antipirina (LEMONNIER, AWABER), l'estratto di assenzio (WILDERMUTH). Il rutiro ebbe voga per qualche tempo, ma l'esperienza dimostrò poi che questo non giova, anzi produce un grave stato di cachessia accompagnato da disturbi trofici cutanei, eczema, acne, psoriasi, caduta dei capelli, distrofia unguali, e da gravi disturbi gastrici, catarro, dispepsia.

Tra i bromuri hanno valore pratico quelli di potassio, di sodio e di ammonio; ma la fantasia dei terapeuti è sbizzarrita nel combinare il bromo con ogni sorta di metalli, alcalini, terrosi, pesanti, persino con l'oro, forse per lusingare la vanità di qualche parossico. Ma anche la somministrazione dei bromuri ha i suoi inconvenienti e deve essere usata opportunamente e con cautela. Se la prescrizione del bromo è ovvia in casi di epilessia con accessi frequenti o tendenza allo stato epileptico. È dannoso o irragionevole somministrare i bromuri ad animali con accessi rari. Negli individui saturi di bromuri si manifestano sintomi caratteristici, che costituiscono il così detto bromismo: catarro delle mucose congiuntivali, stomatiche, catarro gastrico, aceto, torpore, ottusamento psichico. In certi individui bastano piccoli dosi per provocare disturbi intollerabili, che costringono a troncare la cura. Ad evitare il bromismo, pur continuando l'uso del bromo, sono stati introdotti in terapia la bromovalina (bromosulfonina) meno efficace dei bromuri e a dosi alte non sembra di pericolo per il bromismo; la bromopina di Minko, combinazione del bromo con grassi, che può essere somministrata anche per via ipodermica ed è migliore della bromalina.

Nello stato epilettico al bromuro si associa con vantaggio il cloralo o l'estratto d'assenzio. NAAE propone la somministrazione di questa sostanza per clisma in dosi da 5 a 7 gr. ed anche per inalazioni infrasuonarie in dosi da 3 a 5 gr. BODÁKOVSKÝ parla di *salasso*.

Alcuni metodi di cura recenti si propongono di esaltare con opportune

associazioni e rotazioni ipofarmacostose l'azione sedativa del bromo. Così è della cura di BRITTONNEW, che unisce i bromuri all'adocato carnato: a un infuso di gr. 2-3,75 alla colatura di 180 gr. si aggiungono 7,5 ad 11,25 di bromuri somministrando 4-8 cucchiaini al giorno.

FLECHSIG fa una cura preliminare di oppio, in dosi crescenti da 5 cgr. a un grammo e più in varie riprese per circa sei settimane; poi sopprime bruscamente l'oppio e dà invece grandi dosi di bromuri, circa 7 gr. al giorno, diminuendone la dose sino a 2 gr. dopo circa due mesi; e così di seguito ripetendo il ciclo. Questa cura è stata largamente sperimentata da molti medici, ma con risultati in complesso poco incoraggianti. Se vi è chi vanta miglioramenti notevoli anche in casi ostinati o che non risentivano alcun effetto dalle ordinarie cure bromiche, altri molti hanno ottenuto risultati incerti o decisamente dannosi. Non solo, ma qualche volta si è avuto esito letale in status epilepticus (BRATZ), in complesso pare che l'oppio, se qualche volta può dare buoni risultati come sedativo, riesca dannoso sulla maggior parte degli epilettici per la sua azione generale; quanto al bromo, è vero che dà effetti anche in individui refrattari, ma ciò dipende dalle grosse dosi che si prendono dopo un periodo di astinenza. In conclusione quella di FLECHSIG è una cura violenta e pericolosa.

REIMER e TOULOUSE hanno da pochi anni proposto un nuovo metodo che consiste nella somministrazione di bromuri in dose moderata, riducendo con apposita dieta la somministrazione dei cloruri alimentari. La deficienza di cloruri nell'organismo determinerebbe secondo questi autori la loro sostituzione per mezzo dei bromuri. I bromuri, non più presenti come sostanza estranea, ma ingranati nel meccanismo del ricambio e nella struttura chimica del tessuto nervoso, avrebbero una maggiore efficacia. Anche questo metodo è stato largamente sperimentato; e mentre da una parte ha suscitato approvazioni, da altre è stato censurato come dannoso e persino pericoloso. PASTE avrebbe notato che il metodo di REIMER facilita il bromismo e può condurre a morte per debolezza cardiaca. Gli stessi benefici effetti di questo metodo curativo si possono del resto ottenere senza somministrazione di bromuri, con la semplice adozione di una dieta ipoclorurata. L'adozione di una dieta regolare e di natura mista, come si pratica nel metodo di RICHY e TOULOUSE, è forse l'elemento più efficace della cura.

Del resto le semplici cure dietetiche sono state più volte vantate contro l'epilessia. Così WISTOCKI propugna la *dieta limba*: HALL, partendo dalla sua teoria patogenetica che attribuisce l'epilessia all'accumulo di acido urico nel sangue, consiglia la *dieta rosé* prevalentemente vegetale, e ne vanta gli ottimi risultati. È ad ogni modo sicuro che la regolarità nella

dietà è un mezzo sicuro per diminuire gli accessi. Vi sono epilettici i quali non presentano che rari accessi, e sempre in seguito a intemperanze dietetiche. Molti epilettici che vengono ammessi nei manicomii e negli ospedali perchè presentavano accessi frequenti e ripetuti migliorano notissimo e talvolta non presentano accessi per settimane e per mesi solo in grazia della dieta regolare a cui vengono sottoposti. La rimozione del catarro gastro-intestinale, così frequente negli epilettici, l'uso di una dieta moderata e regolare, il tenore di vita tranquillo e moderatamente attivo sono elementi di primo ordine nella cura degli epilettici. E ad ogni modo da evitare la superalimentazione carnica, come pure l'uso, nonché l'abuso, delle bevande alcoliche. Nel caso, frequente, di *adipositas obesa* è assai utile fomentare le funzioni intestinali con i *purganti succedanei*. In casi di indigestione giovano i *purganti salini*.

Gli epilettici hanno bisogno non solo di cure mediche, ma anche e forse più di assistenza e di custodia. Molti di essi sono validi al lavoro, ma nel lavoro incontrano pericoli a causa delle convulsioni. Tanto i fenomeni psicotici accessari quanto quelli permanenti degli epilettici inveterati sono un'altra fonte di pericolo. Per ovviare a questi pericoli senza costringere gli ammalati ad un tenore di vita troppo diverso dal normale, è opportuna l'istituzione di appositi ricoveri per epilettici, ovè essi possano durante l'intervallo d'equilibrio attendere sotto oculata sorveglianza a lavori facili e sani, soprattutto ai lavori agricoli.

CAPITOLO XXI.

La demenza precoce

La demenza precoce è un processo di disorganizzazione mentale a decorso irregolare, che coglie individui predestinati, ma fin'ora intelligenti, per lo più giovani; e dopo una serie d'episodi turbolenti li lascia in uno stato spesso incompleto, ma sempre tipico di deficienza, specialmente per ciò che riguarda gli affetti e la volontà. È un'eccezione se i malati, superando il periodo acuto, ne escono guariti, qualche volta restano semiguariti con deficienze quasi inavvertibili; ma l'esito ordinario è la perdita profonda e irreparabile, quantunque parziale, dell'intelligenza.

A questo modo, e per certo stigmi unificatori che spesso permettono una diagnosi istantanea, la demenza precoce si distingue nettamente dalle altre forme d'evoluzione psichica. Mentre nelle vere demenze, p. es. nella paralisi progressiva e nell'arteriosclerosi cerebrale dei vecchi, tutte le funzioni psichiche s'affievoliscono armonicamente o, se vi sono guasti parziali, riguardano la prontezza della percezione e la memoria, nella demenza precoce rimangono appunto intese la memoria e ciò che i Tebeschi chiamano *Agfussungsfähigkeit*, cioè la capacità d'afferrare, ma si disgregano sistematicamente il carattere e la volontà.

La demenza precoce non è apparsa all'orizzonte tutta in un pezzo. Oggi essa forma un quadro clinico di vastissime proporzioni che comprende per lo meno il 25% dei pazzi internati nei manicomii; ma questo grande insieme, malgrado la sua ineguale unità, risulta composto di tre varietà distinte: l'*obefrenia*, la *catatonica* e la *parancoide* o tipo incoerente; tre varietà che a prima vista non sembrano collegarsi da alcuna analogia e che infatti si differenziarono dal caos dei disordini mentali ma dopo l'atra a vari anni d'intervallo, restando per qualche tempo separate.

Il primo germe storico della demenza precoce fu l'*obefrenia*, riconosciuta da una piccola minoranza d'alienisti, ma come una malattia attona e rara. Anche la catatonica non s'affacciava da principio che pochi

casi di stupore con atteggiamenti statuari: fu avvicinata all'elefrenia solo quando gli osservatori, prendendo in esame le manifestazioni equivalenti e le forme intermedie di catatonia, ebbero l'occasione di studiarla in più largo campo e con maggior interesse. Essi si accorsero così, tra le altre cose, che questa sindrome era un triste privilegio della gioventù, e pensarono di farne una malattia sola con l'elefrenia sotto il nome di *paranja giovanile* (ASCHAFENBACH).

Il concetto della *paranja giovanile* venne poi sostituito da quello all'incirca simile di *insanitas precoce* (KRAEPELIN), che allude, con un poco d'ambiguità, non tanto all'età dei colpiti (ve n'è anche oltre ai 20 anni) quanto alla frenologia (precoce) raggiunta dell'esso in demenza terminale. Ma l'importanza attuale di questa *paranja* dipende anche dal fatto che, appena comparsa e ritrattizzata col nome di demenza precoce, essa raddoppiò d'estensione. I suoi confini clinici, per iniziativa di KRAEPELIN, furono portati sul territorio della *paranoia*.

Come, per gradi successivi, sia avvenuto questo ampliamento, non è difficile a riassumersi. L'idea dell'*elefrenia* (da *Eke*, dea della pubertà) risuonava nel 1871, quando HENRIK per ispirazione di KANTHAUM bollò con questo nome, staccandola dai casi volgari di vesania, una malattia (oggi noi diciamo una *sindrome*) che comincia tra i 15 e i 20 anni, che passa senza regole fisse in incoscienza, mania e confusione, che poi precipita in demenza e che lascia scorgere in tutte le sue manifestazioni un ton so che è puerile, di frivolo, di non naturale, quasi di simulato. Oltene, l'*elefrenia* resta tuttora in psichiatria, sia ridotta al grado d'una semplice varietà, tra i casi particolari della demenza precoce: vi resta perciò con gli stessi comitati di cui aveva fatto menzione HENRIK quando la descriveva per la prima volta. E come varietà della demenza precoce ha ottenuto dai clinici quell'ossesso che le era stato contestato finché si voleva che fosse una *paranja* indipendente e per sé stante.

Passarono tre anni, e nel 1874 KANTHAUM, precursore poco ascoltato, tentò a sconvolgere le testimonianze delle malattie mentali, questa volta direttamente, per introdurre nella loro serie numerica un nuovo termine, in realtà nulla più d'una *sindrome*, la *catatonia*. Prima d'allora la catatonia era una varietà anomala e quasi ignorata dello stupore, ossia della *verberation alienata*; ma i pochi clinici che ne tenevano qualche conto non avevano mostrato alcuna intuzione del suo distintivo principale: della sua frequenza nei giovani, della sua varietà affettiva, della sua spiccata tendenza a perpetuarsi in forme croniche ed a modificarsi in forme fruste. Un colosso all'istinto belga, GRISARIS, osservatore originale e diligente, benché poco felice nella sintesi, aveva raggruppato, con lucida visione del vero, la maggior parte dei sintomi che esageravano al

quadro clinico della catatonia: automatismo fantastico, esclamazione di parole e frasi invariabili, silenzi ostinati che si prolungano per mesi interi, spirito di contraddizione sistematico, manierismo bizzarro di gesti e di linguaggio.

A sua volta, un altro alienista di grande esperienza, ARNDT, aveva compiuto fin dal 1868 un principio di selezione nel medesimo senso, adducendo come poco giurabili e tra loro affini tutti quei dementi, isterici, stuporosi, melanconici che, malgrado la diversità della diagnosi, presentavano stereotipi di certe attitudini stravaganti, ecclatice, un'ortografia del tutto personale, verbalizzazione monotona, continua ed automatica, insomma la serie dei sintomi disfulci che, insieme con gli atteggiamenti stabili, integrarono poi il concetto clinico d'una catatonia a larghi confini.

L'esistenza della catatonia, come una sindrome a sé, è ormai così poco ingiugnata che se ne studia non senza profitto il substrato anatomico-patologico (ALZHEIMER). A poco a poco, e con la partecipazione di parecchi osservatori indipendenti, fu possibile di depurare la catatonia dai preconcetti di KRAEPELIN, che aveva osato collocarla per le sue complicità motorie accanto alla paralisi progressiva; la diagnosi di catatonia fu estesa anche all'interno dei classici atteggiamenti stabili; e l'esperienza accresciuta accorciò la natura quasi sempre giovanile delle manifestazioni catatoniche. Gettato il ponte tra catatonia ed eterofrenia, entrò nella serie delle malattie mentali, indiscussa e duplicata, la pazzia giovanile (ASCHAFENBURG, ARNDT, MORSILLI, KRAEPELIN).

L'ultima fase dell'evoluzione storica della demenza precoce è rappresentata dall'annessione dei deliri paranoici. Nella V edizione del suo « Trattato di psichiatria » (1897) KRAEPELIN aveva già cominciato a scindere la paranoia in due sottospecie: la classica o combinatoria e la epurata o fantastica. Nella VI edizione (1899) lo stesso autore iscriveva alla paranoia quei deliri verosimili, logici, evolutivi ed accollabili che aveva assegnato alla sottospecie combinatoria; ma aggregava definitivamente alla demenza precoce, in compagnia delle eterofrenie e delle catatonie, tutti quei deliri immaginosi, poco lucidi, poco stabili e poco seri, che fino a ieri passavano ancora per paranoici ed anzi si confondevano con quelli di tipo classico. Con questo spostamento dei deliri paranoici la demenza precoce raggiunse la pretezza attuale della sua estensione clinica senza perdere la propria fisionomia.

L'unità della demenza precoce rientra dal fatto che tutte le altre forme di pazzia spingono i malati ad una condotta determinata ed hanno la loro base psicologica o nel turbamento affettivo o in una convinzione delirante o negli errori della percezione o nella perdita dei ricordi, o nell'oscurarsi della coscienza o nella scarsità dell'acume intellettuale: data

la passione morbida, il preconcetto mistico, l'allucinazione, l'ambrosia, la confusione delle idee o la loro mescolanza o la loro assenza, si spiega facilmente e quasi si prevede il contegno dei malati che è la conseguenza naturale di promesse fallaci.

Al contrario, la *dementia precoce* non compromette la funzione contemplativa dell'intelligenza, ma consiste in una sistematica discontinuità fra il pensiero e l'azione, che non è possibile, né pensabile sotto il punto di vista psicologico, perché è la negazione d'ogni determinismo subjetivo. E infatti la volontà di questi malati non agisce sotto la pressione di scopi, ma per opera di stimuli puramente organici o cui manca un corrispettivo psichico. A questa psicosi complessa, caratteristica e frequentissima, che costituisce l'incarnazione più vera e più piena della pazzia, si addice il nome di *esomer* di cui si vale Kahlbaum per esprimere qualche cosa di molto simile. Il nome di *esomer*, usato anche da Moretti, meriterebbe di surrogare quello di *dementia precoce*, che è veramente infelice e carico di equivoci. Ma non sarebbe pratico di adottare questa sostituzione di nomi s'essa non è confermata dal consenso generale degli alienisti.

SINTOMI.

Il sintomo fondamentale della *dementia precoce* è la *sviolata della condotta*. Qualunque sia la varietà clinica a cui appartiene, il *demente precoce* rivela il disordine della sua intelligenza non tanto per ciò che dice e pensa, quanto per ciò che fa; anche quando «*espetue*» o «*parabile*» che pensi qualche cosa di contraddittorio, d'assurdo o di sciocco, come avviene spessissimo, l'osservatore spregiudicato s'accorge facilmente che l'infermo non comunica fedelmente il proprio pensiero, ma anzi ha tutta l'apparenza di falsificarlo ad arte, sia per ostentazione, sia per cantonatura, sia per un trattamento involontario della funzione volitiva. Non è raro il caso di malati che commentano e rinegano, almeno a parole, gli atti senza scopo o le dichiarazioni senza senso di cui hanno dato spettacolo poco prima. Talvolta la loro auto critica è felicissima, benché fredda e spoglia d'ogni amarezza o rimorso. Se a questa relativa saggezza del pensiero non corrisponde sempre la saggezza dei discorsi, è perché i *dementi precoci* sono perversiti nella volontà o la parola è già un principio d'azione.

Il perversimento dell'attività volontaria si manifesta in due modi: da un lato con l'inalineità generale della condotta, dall'altro con estrinsecazioni isolate ed anche ripetute, ma non continue, d'automatismo morboso, di cui il malato ha quasi sempre coscienza e ricordo. Il contegno generale è alterato o leggermente, per la passività dei malati, o gravemente,

per la comparsa della catatonìa e del negativismo. Quanto agli atti isolati o intermittenti di stolidità, sono innumerevoli e tuttavia così caratteristici che molti di essi hanno ricevuto un nome.

La passività dei malati si rivela soprattutto con la loro facilità d'adattamento al manicomio; molti fra i dementi precoci, specialmente quelli d'antica data, salvo qualche lussuria istintuale di gesti e di linguaggio, sono docili, mediocrementemente operosi, perché da loro non si esiga alcuna iniziativa, ordinati fino alla pedanteria. Con simili requisiti potrebbero stare in casa; ma ogni novità, anche piccola, che li rimanda dal loro programma d'uniformità e d'automatismo, persino lo sforzo che si richiede per la scelta così ovvia tra un bene evidente e un male non meno evidente, è superiore alla volontà dei malati.

Talvolta, è vero, i dementi precoci non tollerano il manicomio; ma la loro ribellione non è per lo più che un atto di negativismo e si esaurisce in una protesta puramente verbale, senza convinzione, che viene ripetuta ogni giorno con le stesse parole, all'ora della visita, come un ritornello o una névrosi da menzilette. Alcuni di questi eterni postulanti invocano, col solito acento d'indifferenza, ma con un'ostinazione incredibile, d'essere trasferiti nel manicomio del proprio paese o nel padiglione degli agitati; domandano seriamente d'essere legati; stanno immobili al sole; camminano su e giù tutto il giorno lungo il medesimo vado, come per legge d'inerzia. Né della loro inazione, né delle loro azioni sanno indicare il motivo; e infatti il motivo non c'è. La volontà s'è sguzzagliata dalla ragione ed opera per conto proprio, perdendo, s'intende, tutte le caratteristiche dell'attività volitiva. Ad un demente precoce, professore di letteratura nelle scuole secondarie, e che da dieci anni è ospite lucido, tranquillissimo, pulito, ozioso e rassegnato del manicomio, domandai un giorno con una certa solennità se avesse qualche desiderio da soddisfare: dopo una lunga pausa, che pareva di meditazione, il malato, tutto per dire qualche cosa, dichiarò pacatamente che avrebbe gradito... un bicchier d'acqua. Era il primo desiderio che manifestava in dieci anni, e non aveva sensi.

La catatonìa è uno stato d'immobilità spastica nelle sue manifestazioni classiche e di stereotipia discontinua nelle sue manifestazioni minori. In tutti e due i casi il malato è attivo, ma si tratta di un'attività puramente esteriore e che non impegna le alte funzioni del cervello; psichicamente, il catatonico è sempre passivo perché le sue estrinsecazioni miscolate, malgrado la loro insistenza o la loro insistenza, non corrispondono né alcun momento psichico, né vi è movimento psichico od alcun altro determinismo che valga a modificarle. Se la volontà è l'obbedienza incondizionata alla suggestione altrui, la catatonìa è l'obbedienza cieca e sicon-

dizionata ad un segnale interno di nessun valore psichico. Passività, catatossi, catatonie, sono espressioni non eguali, ma simili d'una stessa condizione fondamentale: il fallimento della volontà. Si può non far più alcun uso della volontà; usarla, ma solo subordinatamente alla volontà degli altri, metterla in atto, ma sotto l'impulso d'uno stimolo irragionevole ed invariabile. In tutti e tre i casi l'atto volitivo è snaturato: della

volontà non ha che l'apparenza, è un fenomeno automatico, meccanicamente attivo, psichicamente passivo.

Si può distinguere una grande catatonie ed una piccola catatonie. La grande catatonie è caratterizzata dagli atteggiamenti statuari, ossia dall'immobilità spastica, la piccola catatonie dalle abitudini inusitate come l'ecoprassie, l'ecolalia, la neologia, la neografia, i vari atteggiamenti nei gesti, nell'accesso, nella pronuncia. Gli atteggiamenti statuari, che già abbiamo descritti, dei catatonici (cap. VII) non si confondono con le espressioni passionali delle isteriche durante il periodo terminale dell'accesso.



Fig. 114. — Catatonie. L'ammalato sta sempreritto, a piedi nudi, con le braccia stese e addossate al tronco, tiene la testa rigida e lo sguardo volto in basso, che tutti i suoi movimenti perdono.

così. Le isteriche presentano sempre qualche cosa di drammatico ed anche d'estetico nei loro atteggiamenti muti, serici, paurosi ed ironici; mentre i desunti precoci in stato di catatonie, malgrado la loro solennità, sono piuttosto goffi e non hanno nulla di romantico. Spesso si lasciano cadere la testa sul petto o il muso nasale sulle labbra; e l'invariabilità della loro posizione, che sfida ogni stimolo contrario, anche quello del ridicolo, non conferisce al loro prestigio. Alla fig. 114 si vede una faccia raccolta, che potrebbe sembrare meditante; ma la linea dura della catatonie e l'atteggiamento infante del capo, che non è per nulla in sintonia con l'espressione concentrata della fisionomia, dimostrano che l'interno non è animato da alcuna passione o delirio. La fig. 115 rappresenta un giovane in stato di catatonie, che è anche catalettico e che non parla, ma qualche volta scricchiola ed ammiccia con le palpebre. Nella

atteggiamento della fig. 116 si osserva un'espressione di stupore che dura vari anni: il malato non sazia della sua curiosità che per rapire bruscamente il cibo ai suoi compagni di manicomio.

Della piccola *catatonìa* e delle forme ch'essa assume abbiamo già parlato nel cap. VIII. Qui basterà accennare alle sintomatologie più comuni tra i dementi precoci che sono: quella di non deglutire la saliva lasciando che la bocca si resti riempita, di parlare a denti stretti, di alterare sistematicamente le desinenze delle parole quando parlano (neolalìa) o la loro ortografia quando scrivono (neografia, fig. 117), di camminare in punta di piedi, di adoperare formule cristiniane ad ogni propo-



Fig. 115. — Dementia precoce in fase catatonica. L'ammalato sta immobile, silenzioso e col occhi chiusi.



Fig. 116. — Dementia precoce, catatonica.

sito e con una stupefacente gerazione, di mangiare con le mani o con l'unteria o in posizioni ritte o con certe precauzioni ispirate ad una proficua fantasia. Vi sono malati che, nei corsi dei manicomii, seguono gli andirivieri e le corse d'un compagno (copersa); talvolta l'ammalato (benché demente precoce) è dotato d'una certa intelligenza, mentre il modello di cui contraffà i gesti e i movimenti è un idiota. I dementi precoci ripetono questi atti per auto inferi con l'alterazione e la serenità di chi compie un dovere od un rito.

P. G., abile operaio in mosaici, 45 anni da 26 anni ricoverato al manicomio, non presenta alcun delirio coerente, è inoffensivo, ordinato, disegna quando ne ha voglia con raro talento, sia copiando dal vero paesaggio e prospettive (fig. 118), sia eseguendo a penna scene immaginarie, calcate, cortei trionfali, lottaggio, ridde sdrucce, con sicurezza di tocco e felicità d'invenzione. Ma il contegno di questo infermo è completamente inerte. Non pronunzia mai le vocali o le accenna appena; parla col solo movimento delle labbra; deforma tutte le desinenze o troncadole od aggiungendovi suffissi in *a* ed in *ni*, scrive analogamente, spesso con lettere semisurate e sempre intercalando un *k* fra le vocali *a*, *o*, *e* ed i suoni gutturali *c* e *g*, in modo che si firma Galeffi significere, benché si chiami Galeffi e non sia punto scrittore (fig. 119). La sua insensibilità morale è completa; non domanda mai né di uscire, né di vedere la sua famiglia; rimane impassibile a qualunque osservazione, esortazione, rimprovero, promessa o vilipendio, e né per timore, né per desiderio di libertà o d'altre agevolanze si è mai sottomesso ad un lavoro regolare. Da 20 anni questo contegno d'assoluta inercia è invariabile.



Fig. 117. — Pseudografia in un caso di demenza precoce. L'assoluta e sterile monotonia questi segni coi caratteri ordinati. Per lo più interpola una sigla del pensiero ogni tre o dieci parole comuni benché non prive di qualunque significato. Qui le sigle pseudografiche non sono mai di seguito all'altra; alla fine righe ne precedono altre dodici, tutte simili. Ogni sigla, qualunque la costanza del tipo, è designata dalle altre.

L. R., benestante, 27 anni, non fu capace di proseguire gli studi oltre alle scuole elementari, scrive grammaticamente e correntemente, ma si comporta come un bambino sciocco e viziato: vorrebbe prender moglie per non essere da meno del fratello, abusa di vino e liquori, non ha alcun programma di vita, non rispetta i genitori, ma in odio completo e sottopone i cibi a manipolazioni interminabili per liberarli dal fosforo di cui li crede impregnati, ma senza un punto di partenza delirante.

L. D., è un giovane di 22 anni, indifferente alla famiglia, ha eretto a proprio stile l'uniforme e le manovre dei carabinieri, e si ostina a mangiare in piedi. Una volta, prima di entrare al manicomio, senz'alcun proposito di suicidio o d'emulazione o di ginnastica, per puro impulso morboso, si lanciò a nuoto in alto mare e fu salvato dai teorini d'una nave in viaggio che lo vedevano avventurarsi a distanza temeraria dalla spiaggia.

Vi è un aspetto negativo della catatonia che ha preso appunto il nome di negativismo (Kamhuber). Ed anche per esso possiamo far distinzione

demente precoce di trent'anni, impiegato, si gettò due volte dal terzo piano restandovi miracolosamente incolume; non era più che melanconico e dichiarò che con questa prova di coraggio si proponeva di disarmare i suoi nemici; d'altra parte non era molto persuaso che questi nemici esistessero e non attribuiva gran valore alle loro possibili insidie. Un coetaneo e compagno di questo malato, con delirio paranoico di persecuzione, a cui era stata offerta una vicio, si mise in capo che quel vicio era nunzio di morte; e perchè il presagio non fosse



Fig. 126. — Dementia precoce, legislazione catatonica e parafrenica. L'ammalato, agitato e terribile, si getta più volte dal letto di malincuore il suo atteggiamento.

sfidato, si tagliò profondamente i polsi col coltello; non riuscendo a morire, «sangue non'era, fuggì per la campagna, si arrampicò sopra un cipresso altissimo e di là si lasciava precipitare; una alla vista della gente accorsa con una scala per salvarlo, cambiò idea e cominciava berteggiare i suoi salvatori; dall'alto dell'albero gridava loro allegrenamente uno, due, tre! come se a quel segnale dovesse abbandonarsi nel vuoto. Un capitano contabile, anch'esso colpito da delirio paranoico, ed oggi demente, buttò due volte il suicidio... per dimostrare la propria invulnerabilità: la prima volta si precipitò nel mezzo d'una scala, ma urtò contro la ringhiera e fu balzato nella rampa immediatamente inferiore, non riportando che lievi contusioni; la seconda volta frangugli un'indagine di signori raccolti fra i ricoverati dell'antico manicomio fiorentino, ma, colto subito dal vomito, se la cavò in tre giorni con forti sintomi

d'avvelenamento; presentemente, per ribadire la sua tesi, si propone di saltare dal basso in alto, fino al terzo piano. Una signorina, che poi guarì e prese marito, oltre a picchiare le compagne senza ragione, si levò tre incisi, scalzandoli a poco a poco col matico d'una pentola; ogni tanto sogghignava silenziosamente; il suo disordine mentale s'era intinato con un delirio poco coerente di persecuzione.

Tra gli impulsi dei dementi precoci sono assai frequenti le fughe: fughe inconsulte, immotivate, improvvise, che i malati intraprendano senz'avviso, senza disegno, senza collera, senza paura e senza meta. Scoperti, si lasciano ricondurre a casa tranquillamente e come se nulla fosse accaduto. Qualche volta queste fughe si ripetono, sempre in modi diversi, e i malati non mostrano d'accorgersi dello sgomento che gettano così nella famiglia. Le spiegazioni che ne danno sono sovente grottesche per la loro puerilità: volevano esercitarsi nel cammino, cercare il fresco, passare il tempo, esplorare paesi nuovi, studiare astronomia, contemplar l'alba, allargarsi le scarpe.

L'indifferenza affettiva è già visibile anche negli esordi procellosi e nelle fasi acute della demenza precoce, cioè quando i malati si comportano a modo dei melancolici o dei maniaci o dei paranoici e sembrerebbero animati da grandi passioni. Le loro violenze sono troppo improvvise, effimere ed incoerenti per nascere da un sentimento vero e continuato. È soltanto con la diagnosi di demenza precoce che si spiegano le fughe senza scopo, i suicidi senza disperazione, i ferimenti senza collera, le calunnie senz'odio. Un cocchiere d'omnibus, che da 30 anni è al manicomio, mise i suoi cavalli alla corsa sfrenata con grandissimo spavento dei cittadini, e non era né incosciente, né irritato, né ubriaco. Un altro demente precoce, tipico per la sua estrema remissività, uccise ad un tratto la propria madre che aveva sempre amato, senza saper dare alcuna spiegazione di questa tragedia così contraria alla sua mitezza abituale ed anche alla forma tranquilla della sua demenza.

Si spiegano allo stesso modo certi atti di fanatismo importuna, come il riso senza ilarità, il pianto senza dolore, le sfilate senza irritazione, le grida senza paura. Spesso i dementi precoci commettono gravi impendenze, professandosi e riuscendo a farsi credere innocenti; ma il loro amore è pieno d'eroismo e di costanza, perché non è sincero. In tutte le azioni, anche le più ardite dei dementi precoci, manca la fierezza.

Questa mancanza di fierezza (e persino di dignità) è non esistente nella fase terminale. Un demente precoce, a cui domandavo se si credeva pazzo, rispose scridando che il quesito non era di sua competenza e che toccava a me, alimetta, di risolverlo, non a lui. Un altro ammalato assai simile qualunque passione, fa qualunque gesto, ride, fremé, va in esau-

simulata a comando, con una mimica espressiva, ma grottesca (fig. 121, 122, 123) anche davanti ad un pubblico numeroso, senza ritirarsi dalla negra figura a cui si espone. Eppure, è un uomo colto e intelligente, che conserva la capacità di osservare con precisione e di scrivere con facilità. Proviene da una sua associazione, preziosa sotto vari punti di vista per la conoscenza della demenza precoce.

« Essendomi stato domandato da un malato del Manicomio un flautista: «ol il permesso»



Fig. 121.

accendere la propria pipa al signor che tenevo in mano acceso, nell'atto che questi fece di appressare, dietro il mio permesso, la mano alla mia per la bisogna accennata, notai nella mano del compagno una scongiatura ad un dito e dentro me, compassionandolo, mi occorre alla mente il modo di dire buffesco e alleggiante arcaico: *bechi? li vermi*, secondo l'uso dei



Fig. 122.



Fig. 123.

Demenza precoce: forma paranoica. L'associato, appena rivestito andava diritto, come straccioni, guardando per la loro esagerazione e che contrastava con la sua profonda ed. vittoria indifferente a qualunque avvenimento, piccolo o grande.

Cinanti. Ora, o che l'infermiere signor Mazzanti avesse colto sulle mie labbra un fuggitivo sorriso o che aprisse la bocca a caso per pronunciare marcialmente delle parole, il fatto è che udii distintamente quanto in quel momento io aveva pensato e non espresso, cioè arcaico: *bechi? li vermi*. Non credo che ciò mi sia sembrato, tanto più che un caso quasi consimile mi era successo con l'altro infermiere, signor Risaliti, al pensiero mortua-

est et in conspectu aeterni. Sarcinosa ubi, non avendo sentito parlare dello squallido e del mugugno e del predominio di forti volontà sopra altre più deboli, fu colpito dai due incidenti che mi rivelano come fosse stato sorpreso il mio pensiero».

In questo scritto la chiarezza dell'idea e la purezza un po' pedantesca della «sola» fanno un certo contrasto con la futilità delle frasi pensate dal

molto. Ma il contrasto cresce a dismisura quando si sa che questo stesso «mugugno» cammina in punta di piedi, parla con intonazioni ridicole, non si angustia di nulla, nemmeno della propria allucinazione: spesso dice scocchierne «si è da meno anni il più sensazionale tra i novatori d'un grandissimo movimento».

Un fenomeno frequente nella demenza precoce è quella delle allucinazioni: molti ammalati ne soffrono costantemente, ma non sempre ne ricevono il tema d'un delirio. Un giovane che legge sempre lo



Fig. 124. — Demenza precoce: forma paranoide. Il soldato soffriva per lungo tempo di allucinazioni uditive e olfattive. L'abbigliamento è tipico dei soldati con la nuova l'abbigliamento.

stesso libro o suona sempre la stessa musica, che ripete automaticamente di voler ritornare a New-York, sua patria, e che non s'occupa mai d'altro, soffre di allucinazioni uditive ed olfattive; nel suo manicomio demenziale ha conservato l'abitudine di tener pulito il collare del vestito, e la sua mano è in continuo movimento per tirare via l'orecchia (figura 124) ora il naso. Un altro ammalato, tra i più grossolani del manicomio, che parla in un gergo incoerente, che si copre il petto di decorazioni finte o che compie simili servizi nelle infermerie, esplode di

tanto in tanto con imprecazioni, dà colpi nel muro, spezza con la scopa i vetri delle finestre e poi trionfa sopra immaginari nemici di cui crede sentire la voce ingiuriosa; all'esterno di queste allucinazioni, è ilare o sussurro. Persino i catatonici, nonostante la loro profonda insensibilità, sono spesso allucinati, e nei periodi di remissione rievocano le scene terrifiche o comiche a cui hanno assistito, ma non reagito. In questa specie di deliranti perenni un sorriso fugace, un'esclamazione di sorpresa o di minaccia sono, per solito, l'unico « incerto » indizio dell'allucinazione attuale. Ma i malati della varietà paranoide ne danno notizia più esatta, talvolta con espressioni paranoiche. Una giovane, soggetta ad allucinazioni uditive e gesticole, mi scriveva la lettera seguente.

« Illusterrimo Signor Professore, io sono sempre disperata per il pericolo nel quale mi trovo. A stento posso scrivere perché mi sento la testa occupata in parte da quelle persone invisibili che mi fanno rimanere sorda e incapace di pensare senza sbucarmi sennitimento. Provo dei dolori al ventre terribili, causati dalle stesse persone, che mi tengono avvinta con mezzi così vili. Io non posso sopportare più a lungo questa schiavitù, ho bisogno della mia libertà e della mia salute perché me le aveva date Dio. Abbia pietà di me, signor Professore, guardi se mi libera da queste bestie umane! Si rivolga alla Polizia e faccia metter loro la sorveglianza. A questo scopo ci vorranno delle spese che io pagheremo volentieri. Salutando rispettosamente mi fermo devoto, S. N. »

« Appena posso vado via da Firenze e mi faccio visitare da un primo medico il corpo; e se mi manca qualche cosa, se non ho tutto in regola, son capace di vendicarmi terribilmente ».

Questa signorina, malgrado la serietà delle sue querimonie, è spesso ilare e soddisfatta, e qualche volta è così incosciente da domandare protezione anche ai suoi persecutori, di cui ha in testa e mostra a tutti un lungo elenco.

Le allucinazioni sono un fenomeno così frequente e caratteristico della demenza precoce, che Kraepelin non quasi in dubbio la loro esistenza allo stato cronico all'inizio di essa, e ritiene che i deliri della paranoia genuina sono quasi sempre esseri da allucinazioni. Questa osservazione è assai giusta: classi intere di paranoici, come quelle degli eretici, dei querelanti, dei mattoidi, e una gran parte dei persecutati, non sanno che cosa siano le allucinazioni e negano volentieri d'averne mai sofferto; ma un piccolo contingente di paranoici perseguitati e quasi tutti gli ambiziosi, p. es., i profeti di nuove religioni, sono allucinati quanto e meglio dei dementi precoci, perché il fenomeno allucinatorio è in questi paranoici più preciso che in qualunque altro malato di mente. Tuttavia, fatta eccezione di questi pochi paranoici, è certo che l'allucinazione cronica è un sintomo quasi patognomonico della demenza precoce, come l'allucinazione acuta è un sintomo quasi patognomonico

dell'ambiguità. Tra i deliranti precoci abbondano le forme complicate d'allucinazione come il *peraltro* ad altre cose, la *ripetizione sensoria del pensiero*, le *cosoni parienti*. Comunesime sono poi le allucinazioni talitive (fig. 124, 125), gustative, olfattive e cenestetiche. Se peraltro s'interrogano i malati senza suggerire la risposta e in pari tempo senza provocare il loro negativismo, si deve riconoscere che le allucinazioni della demenza precoce non sono sempre un fenomeno così schematico e preciso come a noi pare. La spiegazione che ne danno i malati varia di volta in volta e la pretesa ch'essi hanno



Fig. 125. — Demenza precoce: forma paranoide, allucinazioni dell'udito. L'ammalata è in pregegnimento d'ascoltare la voce della signora che crede seguita a servirle.

d'interpretare il fatto nel suo meccanismo nuoce all'obiettività della descrizione. Tuttavia, raccogliendo un gran numero di confessioni autentiche, non si stenta ad isolare un elemento comune, che colloca i deliranti precoci in una posizione psicologica del tutto caratteristica. Spesso il fenomeno che, visto superficialmente da chi non l'ha mai provato, viene classificato fra le allucinazioni, non è prodotto da immagini vivaci e simili alla realtà, ma bensì da *evocazioni mentali*, talvolta idealite, che peraltro differiscono dal pensiero ordinario a motivo della loro *eterogeneità*. Queste immagini hanno il carattere dell'estre-

mosità e sono quindi interpretate come un fenomeno morboso od artificiale e maligno, ma non vengono mai scambiate per immagini del mondo reale appunto perché non sono allucinazioni vere. Esse sono le così dette *pseudo-allucinazioni* od *allucinazioni psichiche* di BAILLARAT.

Nei deliranti precoci non manca quasi mai un barlume, almeno, di delirio. Il delirio non è dunque una caratteristica della varietà paranoide: esso compare transitoriamente anche negli efebrenici e nei catatonici. La sola differenza sta in questo, che nei paranoici il delirio è più cronico; ma non è né molto più complesso, né molto più solido. In ogni modo, occorre un sistema delirante e per sempre un'interpretazione personale, che testimonia una certa capacità d'iniziativa, gli efebrenici e i catatonici non delirano che al principio della malattia o nelle fasi di remissione. Di tutte le forme di delirio la più frequente è l'*ipococondriaca*. Il *delirio ipocondriaco* dei deliranti precoci si distingue per il suo contrasto con l'apatia dei malati e per la veste pseudo-scientifica che assume anche nella

mente di giovani ignoranti. Mentre il delirio ipocondriaco dei paralitici è iperbolico e ingenuo nelle sue conclusioni, ma parte da un malessere profondamente sentito, quello dei dementi precoci non è che un'affermazione penitente e satira di saccettoria. I malati asseriscono d'avere un vizio al cuore, un polmone distrutto, la sifilide, la paralisi generale, la cloncemia, e magari tutte queste malattie insieme; ma nel discorrerne non tradiscono che una mediocre emozione e qualche volta si mostrano assai più infervorati della spiegazione che dolenti del fatto. La stessa spiegazione, quantunque assai meno inverosimile di quelle accampate dai paralitici, è così infondata, che si rimane in dubbio se il malato, lucido com'è, ne sia veramente convinto. E il delirio ipocondriaco risente un po' della futilità, della solidità, dell'automatismo che domina tutta la condotta del demente precoce; insomma è più imputabile alla demenza dei suoi atti che alla demenza delle sue idee.

Quando un adolescente od un giovane, che non sia nevrotico, manifesta idee incoerenti d'ipocondria, la diagnosi di demenza precoce si presenta come la più probabile. La distinzione di fronte alla nevrosi è facilissima, perchè i nevrotici almanaccano, ma non delirano, sono sempre accessibili ai buoni consigli, si lasciano confortare, e nei loro apprezzamenti sono trascinati da sensazioni reali, per quanto ingannevoli. Lo stesso si può affermare riguardo alle idee ipocondriache che talvolta nascono nell'isterismo.

Meno frequente è il delirio di persecuzione; ma altrettanto scuro e povero d'affettività. I malati non reagiscono contro le insidie che temono o dicono di temere; spesso ne fanno il tema di dichiarazioni assurde o di scherzi ironici che tradiscono l'indifferenza; o ricorrono, per difendersi, ad espedienti puerili. Un fotografo, grafomane, erotomane, inventore, pseudo-allucinato, che aveva attraversato una fase d'agitazione confusionale, immaginò di perseguitarsi da ogni ostilità, scrivendo sopra un foglio di carta non mai uscito dalla sua tasca una formula combinatoria. Uno studente di legge cadde in profonda demenza, ma completamente orientato, ripete cento volte al giorno: « In nome di Dio e del mio sovrano il Califo ottomano, io Umberto B., dell'avvocato Anselmo, di Firenze, chiedo d'esser posto in libertà e dichiaro che non ho bisogno di mangiare, nè di bere, salvochè pane ed acqua, purché garantiti pari ed eguali da sostanze organiche usate ».

Tra i dementi precoci tutte le forme di delirio sono rappresentate. Vi è un delirio di colpa, ma senza rimorso, che perciò sta a mille miglia di distanza da quello dei melancolici; i melancolici non vogliono specificare alcun fatto preciso, mentre i dementi precoci raccontano turpitudini immaginarie, improvvisando con disinvoltura, come se volessero giustificare

qualcheduno. Chi si accenna d'incerto, chi si vanta d'assonito, chi si professa polerasta attivo o passivo a cuore sereno, ma senz'ombra di verità. Le idee d'ambizione danno alimento a *deliri di grandezza* che vegetano e prosperano in assurda associazione con sintomi del tutto contrari. Un finto Nerone, re degli Assirici, delle Palatizie e delle Conrie, malgrado la sua altissima dignità, s'ingenuccia ogni volta che incontra nel suo passaggio un medico del manicomio, toccando il suolo con la fronte; ed è così infuorato in quest'abitudine, che ne porta il segno, un



Fig. 126. — Delirio persecutorio all'acuto birmale con delirio ossessivo e posticciismo di grandezza. L'ammalato convulso in delirazioni ripetute di spavento, battenti, morsi e qualunque agitazione per le minacce allarme. Il suo viso ha la espressione ansiosa, malinconica e furiosa.

calle poco più su della glabella. Naturalmente è il pazzo più decorato del manicomio (fig. 126). Nelle donne arrivare alla menopausa o che stanno per entrarvi (e più raramente negli uomini) giunti ad un'età analoga) si forma un *delirio persecutorio* a tutta ipochondriaca con allucinazioni onestetiche. Le sue caratteristiche, oltre all'origine lativa, sono principalmente due: di non degenerare mai nell'incertezza e di non associarsi ad idee d'ambizione, che sono così frequenti negli *obsessivi*. Tutte queste due superiorità, l'*ipochondria persecutoria* (LARGO) è un delirio paranoide.

Gli scritti dei dementi pazzi sono una fonte inesauribile di dati che talvolta testimoniano una lucidità inaspettata; altre volte documentano del pari una strana riluttanza della volontà, che non appariva così grave nella conversazione orale. Esiste, per così dire, una *demenza grafica*, come esiste una *demenza verbale*. Naturalmente, il caso più ordinario, è il parallelismo di tutte le demenze; la condotta in generale, la mimica, la parola e la scrittura in particolare rivelano la medesima disorganizzazione. Ma in ogni modo la forma e il contenuto degli scritti rappresentano, fra tutti questi sintomi, un ventrilo estremamente delicato, che rivela con esattezza singolare la presenza e il grado del disordine o della lucidità

mentale. Tra gli autografi precedenti ve n'è uno che abbiamo dato appunto come saggio di *medicizia grafica* in contrasto con l'assurdità incoerente della condotta. A prova del fatto opposto, cioè di *demenza grafica*, valgono i seguenti. Un giovane paranoico passa le sue giornate riempiendo pagine intere di frasi banali e insensate, ma sottilmente co-

*Patienza significa eroismo -
Per la Fede bisogna fare tutti i
sacrifici possibili ed innu-
merabili - Bussa bussa ti sarà
aperto l'uscio per entrare nella
casa di Dio - Vicino a Gesù
ci stanno i libri, vicino ai li-
bri ci sta l'immagine della
Madonna di Pompei, e vicino
a te c'è la Verità - Fuori
dell'uscio ci sta la Monogamia*

Fig. 121. — Demenza precoce — saggio di scrittura calligrafica e incoerente. In certo giornale l'Autore si proponeva di discutere la sua città, e perciò riempì del tegli tesori di misticismo idealistico e banali, e così assottò una grande importanza.

scrittura grafica) e scritto nitidamente con irreprensibile calligrafia (figura 127). Uno studente di scultura, altrettanto «ordinato» nel contegno, scrive:

«Angelo Mosso dubita o meglio crede che l'uomo sia provvisto d'anima, deducendo la sua teoria dagli esperimenti nelle Alpi; Baccelli al contrario ammette la vita come produzione della forza muscolare. Preferisco il secondo».

Si scende ad un livello più basso nella demenza grafica con questo scritto d'un efebrenico, che peraltro tradisce lo stesso spirito di saccenteria impotente.

stadio della demenza precoce tutti i sintomi della malattia si assopiscono per sempre: scompare il negativismo, si sciogliono i sistemi dell'anti; il malato non si maschia più: è un Valcano spento.

Siccome, indipendentemente dall'etismo, i demenzi giovani dei due sessi vanno soggetti a metamorfosi cicliche di grande rilievo in rapporto allo stato generale di nutrizione, non è improbabile che il drizzapere o l'estinguersi improvviso delle manifestazioni erotiche derivi appunto da un effetto particolare di questa metamorfosi generale. D'altra parte, il fatto che la sensibilità genetica, una volta che si è resa lincente, non ricompare più, lascia credere che si tratti d'una involuzione parziale, prodotta dallo stesso abuso della funzione.

Quanto ai sintomi *sympt.*, i soli veramente notevoli, ma tutt'altro che costanti, nel decorso della demenza precoce sono le oscillazioni dello stato nutritivo che abbiamo or ora accennato. L'esagerazione del riflesso rotuleo, il tremato delle palpebre ad occhi chiusi, la cefalea occipitale, la stipsi, l'insonnia sono proprie del solo periodo acuto ed appartengono alla sindrome nevrasienica; la deduzione che si deve trarre dalla presenza di questi sintomi è una sola, cioè che la demenza precoce comincia molto spesso con crisi più o meno lunghe di nevrasienismo.

DECORSO E VARIETÀ CLINICHE.

La demenza precoce, fatta astrazione dalla prestezza con cui raggiunge lo stato di cronicità, meriterebbe la sua qualifica di precoce anche perchè è una malattia eminentemente giovanile. I primi sintomi della demenza precoce si palesano per lo più tra i 15 e i 30 anni. Ma a questi casi giovanili si deve aggiungere un piccolissimo numero di casi tardivi, tuttavia non oltre i 60 anni d'età, a cui KRAEPELIN ha dovuto riconoscere i caratteri della demenza precoce e di cui io ho potuto anche da parte mia confermare qualche volta l'esistenza. Queste eccezioni non infirmano nè la natura giovanile della malattia, nè (molto meno) la sua individualità. Che la demenza precoce sia una malattia giovanile lo dicono le statistiche ormai numerose di vari alienisti.

Che poi la presenza di qualche caso tardivo accenti alla lunghissima serie dei casi giovanili autorizzi a disconoscere l'individualità della malattia non è cosa sostenibile. La demenza precoce si rivela con sintomi così numerosi e caratteristici, che si può diagnosticare anche senza il certificato di nascita. Vi sono bensì malattie che, fra gli altri connotati, hanno quello dell'età, come la difterite, la pertosse, il morbillo, che colpiscono i giovani; e il carcinoma, l'arteriosclerosi, la gotta, l'apoplezia,

che colpiscono i vecchi. Ma a nessuno verrebbe in mente di sollevare dubbi sull'individualità di queste malattie per le eccezioni d'età che si riscontrano negli individui colpiti. La stessa tolleranza si deve accordare alla demenza precoce. Del resto non è senza importanza che le poche eccezioni si riferiscano ad individui molto adulti, ma non così attenti, che lasciar presumere almeno l'inizio dell'evoluzione senile. Si può dunque concludere che la demenza precoce è una malattia della gioventù; che gli individui al di sopra dei trent'anni hanno una probabilità assai minore di soggiacervi; che questa probabilità è molto piccola oltre i quarant'anni; e che ne sono totalmente preservati i vecchi. Tra le varie forme che assume l'evoluzione senile non vi è mai quella della demenza precoce; anzi la demenza senile, in quanto abbina la memoria e ritarda la percezione, è anche sistematicamente il rovescio perfetto della senilità o demenza precoce.

Il decorso della demenza precoce varia notevolmente da caso a caso. Per la più incostante con un delirio paranoico, specialmente a tema ipochondriaco o di persecuzione che poi si disgrega e cede il posto a sintomi catatonici e a deliri di grandezza. Quest'evoluzione è di regola nelle forme paranoiche; e Maixas la descrisse felicemente come caratteristica del *delirio cronico*. In capo a qualche anno l'infermo passa gradualmente in uno stato di profonda apatia, con residui deliranti o maniacali catatonici, ma senza perdita della memoria o dell'orientazione. Questo andamento progressivo della malattia costituisce il *decorso classico o senilino*.

Altro volte la demenza precoce si svolge per *pauses* o per crisi sempre più gravi, separate da intervalli di lucidità che possono durare anche tre o quattro anni: *decorso intermittente*. Tra una crisi e l'altra i malati sembrano normali; ma è ben difficile che in realtà non siano alquanto diminuiti, meno energici, meno virili, meno immaginosi di prima. Le fig. 129 130 e 131 rappresentano il ritratto d'una ragazza in tre stati differenti: nel primo essa è abbattuta e depressa, nel secondo in un aspetto attento e scomposto, nel terzo è guarita (guarigione temporanea che si protrasse per tre anni). Può anche darsi che alla prima crisi di demenza precoce il processo si esaurisca per sempre o che i malati ritornino alle condizioni antecedenti: *decorso risarcito, rarisimo*. O invece, dopo uno o due anni, il malato scende due o più gradini nel livello intellettuale e morale, e vi rimane per sempre, ma senza presentare alcuna anomalia psicopatologica. Povertà affettiva, sterilità psichica, facilità alla rassegnazione, rinuncia agli ideali ambiziosi, meschinità d'orizzonti, pacilità di carattere non impediscono ai guariti di tenere una condotta regolare, scevra d'idee deliranti e di abitudini morbose. In questi casi di *decorso abortito* l'abbassamento del livello mentale ha una ripercussione visibile nel fatto che il demente pre-

coce, qualunque guarito, si adatti ad una carriera inferiore o si astiene



Fig. 129. — Demenza precoce (in stadio di depressione).



Fig. 130. — La stessa ragazza (in stato di remissione di malattia).

da qualunque attività militare. Brillanti allievi delle Università scoprono uffici di scrivani e si arruolano negli infimi gradi della fanteria, dell'esercito, del genialismo, del teatro... o, se sono ricchi, si dedicano ad un'oca senza lusso e senza onorazioni, vivendo in famiglia come parassiti che pretendono poco e non contano nulla; oppure si abbruttiscono gradualmente, trascinati da cattivi compagni all'alcolismo, ed alla dissolutezza, vittime non di passioni interne, ma della propria passività e d'un ambiente funesto.

Tra le varietà della demenza precoce la paranoide è d'ordinario la più tardiva. L'*ipochondria peracconforie* (Lisano) è la più tipica tra le forme tardive; non fa la sua apparizione soprattutto nelle donne intorno all'età climaterica e qualche volta anche in uomini sui cinquant'anni. Il delirio paranoide dell'*ipochondria peracconforie* è abbastanza lucido e si conserva allo stato puro e coerente fino alla morte,



Fig. 131. — La stessa giovane completamente ipocondriaca. Per quasi tre anni le state d'isteria acuta si è conservata; ora è sostituita dal nuovo attacco d'ipochondria.

La guarigione o la semiguarigione della demenza precoce non sono in rapporto con la gravità dei sintomi, ma piuttosto con la loro qualità. I paranoici guariscono più difficilmente degli efebrenici e dei catatonici. Non si conoscono guarigioni complete nelle forme tardive, ossia nell'ipochondria persecutoria. Talvolta l'accesso d'ebefrenia o di catatonia è brevissimo, e di rado oltrepassa i due anni. Quanto alla fase terminale dei casi cronici, che costituiscono la grande maggioranza, essa si presenta sotto gli aspetti più diversi. Dello stato di semiguarigione si arriva all'automatismo completo. Tuttavia, per quanto la disorganizzazione dell'intelligenza sia profonda, quella della volontà e della condotta è sempre immensamente più grave. Malati che si comportano in maniera del tutto incoerente sorprendono qualche volta per l'acutezza di un'osservazione, per l'ingenuità d'una risposta, per la precisione d'un ricordo. Certamente simili manifestazioni d'intelligenza sono molto rare ed isolate; ma appunto per questo valgono come un documento di un'attività mentale più latente o frastornata che distrutta.

Le tre varietà della demenza precoce, efebrenia, catatonia e delirio paranoico, penetrano di sovente l'una nell'altra; ma, forse altrettanto di sovente, si insidiano allo stato puro. In questo caso l'ebefrenia si presenta con sintomi di mania o di melancolia, che si distinguono a mala pena dalla mania e dalla melancolia vere. Nondimeno, la comparsa d'un accesso di melancolia o di mania in un adolescente costituisce sempre un gravissimo e quasi sicuro inizio di demenza precoce. La diagnosi si scivola se allo stato depressivo o d'esaltamento segue un episodio di confusione mentale; se in mezzo ai sintomi pseudo-melancolici o pseudo-maniaci trapelano indizi contraddittori d'ilarità intempestiva, d'incoerenza, d'impeto nel minimo tranquillo; se la durata dell'accesso è di pochi giorni o di poche settimane. Naturalmente si scorge con assai maggior facilità il sarchio della demenza precoce quando l'ebefrenico, durante la crisi di depressione o d'esaltamento, mostra di esagerare l'espressione dei suoi sentimenti, getta le grandi lacrime, posa ad Anacleto, fa il saccente. Ai medesimi mali sono destinati precoci, non melancolici, le giovanotte che arieggiano Ophelia; o danno segni di efebrenia, non di mania, quelle che sono spinte ad atti violenti da un perversimento o dalla vacuità degli affetti, che dicono d'odiare i genitori senza alcuna ragione, che fanno professione di cinismo e che a torto, ma assai di spesso, sono scambiate per isteriche. Sia dalla pseudo-melancolia, sia dalla pseudo-mania si arriva talvolta allo stupore, cosa che avviene ben difficilmente nelle forme genuine di pazzia affettiva e che determina il passaggio dei dementi precoci dalla varietà efebrenica alla varietà catatonica.

La catatonia, o che riassume tutto il decorso della demenza precoce o

che te rappresenti una farsa, può durare (ungh) anni, sempre uguale, i malati vivono in uno stato di sonnambulismo; e se non raggiungono la completa immobilità, presentano una lentezza spettrale di movimenti che basta alla diagnosi. Spesso queste ombre attente o corrucciate o sorridenti pronunciano apostrofi stereotipate che non stanno in relazione col loro atteggiamento, bestemmie, oscenità, parole incoerenti; camminano, si vestono e mangiano come automi; possono giungere fino a giocare una partita di biliardo o di scacchi, ma con una inabilità ed un ritardo da stancare la pazienza d'un santo. I catatonici non provano mai i sentimenti raffigurati dal loro atteggiamento; qualche volta sorridono o ridono esplosivamente e sembrano parlarsi di sé stessi. Non di rado defecano o si urinano addosso, ma con un certo sistema, p. es. quando li assiste un infermiere piuttosto che un altro, quasi per fare un dispetto od uno scherzo. O trafugano il cibo o picchiano i compagni di manicomio o gridano a squarciagola con un'impulsività subitanea e irragionevole, per rientrare con passaggio parimente subitaneo e irragionevole nella loro abituale immobilità. Insomma sono statue capaci di qualche attività e che ogni tanto si animano, prendendo iniziative a sproposito. Ma vi sono casi in cui il catatonico, senz'alcun determinismo visibile o ineluttabile, si risveglia, si scioglie dalle sue inibizioni e dà segno di sufficiente lucidità per ore o per giorni interi. In questi casi si può accertare facilmente dal contegno e dalle risposte vaghe dei malati «ch'essi, malgrado le apparenze contrarie, non erano dominati nè da veri deliri, nè da forti emozioni; e che i loro atteggiamenti sintomatici sono il puro effetto dell'automatismo. La coscienza, senz'essere del tutto sospesa, è in uno stato di decomposizione che rassomiglia a quello di chi sogna.

I deliri paranoici, che formano la terza varietà della demenza precoce, assorbono tutti i casi che passavano sino ad ora sotto la bandiera della paranoia originaria. Soggetti a metamorfosi rapide ed illogiche, decorrono talvolta senza interruzione, talvolta intermezziati da episodi catatonici, ma mai delirici. I parenti ed i profani, non senza abuso di dialettica, pretendono di assegnare un significato a questi episodi, come se i malati si mettessero volontariamente in catatonìa per espiare peccati, per esortare scongiuri, per compiere una dimostrazione di protesta; o come se vi si abbandonassero perchè sopraffatti dalla passione. Ma i deliri anche originariamente non sono che interpretazioni infelici delle parossie psichiche, da cui i dementi precoci sono senza tregua dominati: delle allucinazioni, delle pseudo-allucinazioni, degli impulsi. L'interpretazione può compendersi in uno o più neologismi: vi è un malato che dice di trovarsi qualche volta in *célephas*, altre volte in *parotéris*, e intendendo esprimere col primo vocabolo le allucinazioni vere, col l'altro (al-

meno così pare) le immagini mentali coatte ossia le pseudo-allucinazioni, i deliri paranoici dei dementi precoci, non abbisognando né di avvenimenti reali, né di sforzi intellettuali per allargare la cerchia del loro tema, crescono indefinitamente. A poco a poco la concezione fantastica ed incoerente del mondo e di sé stessi prende nella coscienza dei malati un posto così vasto, da non lasciare più alcuno per la realtà. I dementi precoci con delirio inveterato riempiono ogni relazione intellettuale con gli altri uomini, non si curano né di conoscere le idee altrui, né di far note le proprie; ma nello fioccente minuto e quotidiano della vita, aiutati dall'automatismo, si comportano con una monotonia placida d'alchimisti, che è come un equivalente della regolarità. Salvo qualche rossino di luttuosa, s'alzano, si vestono, si alimentano, solitano e lavorano macchinamente, ma non senza perseveranza: lenti, ma infaticabili. Le idee deliranti dei malati sono così dissociate, da non suggerire alcuna reazione. In loro risultante, sia in ordine alla conclusione logica, sia in ordine ad un programma pratico, è uguale a zero.

Così i dementi precoci dal periodo agitato dell'ebefrenia, della catatonia e degli esordi paranoici passano poi o meno tardi, talvolta in quattro o cinque anni, ad una fase cronica, terminale, uniforme di apatia completa, interrotta da pochi scatti d'impulsività o d'allucinazioni, che si ripetono a loro volta con una certa uniformità e che si possono quindi prevedere e prevenire. Tra questi infermi abituarli o tranquilli, che contribuiscono ai bassi servizi dei manicomi e che talvolta eseguono con abilità certi lavori stereotipati, ve ne sono molti che si comporterebbero in modo del tutto regolare, se ogni tanto non parlassero da soli, se non camminassero con un passo stufiato, se non resumassero il comando militare di legioni invisibili o se non si abbandonassero a pratiche paranoiche. Un nostro malato tra i più attivi nella spazzatura dei locali riempie di numeri ogni pezzo di carta che trova, ne truccia col gesso sul pavimento e con le mani sulla ghiaia del giardino, un altro, non meno assiduo nelle stesse faticose incombenze, adotta la pompa del giardino per irrigarsi l'ano a cura preventiva delle emorroidi; un altro ancora, che all'attività materiale associa un'incredibile e sconclusionista magniloquenza, tenta, se gli riesce, di mangiare lo stereo musso, per fare atto d'emaggio ad un prodotto per quanto utile dell'impotenza divina.

I dementi precoci, giunti alla fase cronica, rimangono all'infinito in uno stato di decadenza invariabile e non presentano alcuna anomalia nel campo delle funzioni somatiche.

Come un esempio tipico di demenza precoce a decorso misto riportiamo il sommario biografico d'un giovane che attualmente sta per passare dalla fase acuta alla cronica.

L. R., 25 anni, laureato in legge, ha un fratello colpito da elefanzia ed altri parenti psicopatici; sembra che il padre vada soggetto ad attacchi leggeri, ma periodici di depressione senza delirio. Il malato aveva grande memoria, era studioso, arguto, amante della discussione e della speculazione filosofica. Fin dall'infanzia era esigente nei sentimenti ed un po' sordo nelle istituzioni. A 12 anni rivelò i suoi primi scrupoli religiosi. A 15 anni, col risveglio della pubertà, abbandonò dalle pratiche religiose e sospensione degli studi; periodo di pascatenia, di dubbi e di lotte che dura tre anni. A 18 anni ripresa degli studi e ritorno agli esercizi religiosi. Il malato si predilige la castità e per meglio resistere adotta lo sport ed l'oltranza. A 19 anni gastrite col decorso d'una tifide. A 20 anni stitichezza. Continuano gli esercizi di pattinaggio, bicicletta e ginnastica, le passeggiate si ripetono ogni giorno fin per 6 ore consecutive. A 22 anni primo amore; vi sono difficoltà di cui il malato si affligge, ma per breve tempo. Poi si rassegna per sentimento religioso. A 23 anni laurea in legge. A 24 anni incomincia la stitichezza, cominciano i fenomeni di arresto nel camminare e nel parlare, aumenta il misticismo e il giovane neo-laureato è spinto alle preghiere, alla incitazione prolungata, alla penitenza, come una comare. Qualche volta l'inferno è rassegnato. Tuttavia intraprende il servizio militare come volontario d'un anno. Nei primi sei mesi di volontariato tutto procede bene; poi si ripresentano i fenomeni d'arresto e gli accessi di lassare il servizio. Era il maggio del 1906, quando, condotto in campagna per curarsi, il malato diede i primi segni di pazzia vera e propria: rifiutava di cibarsi da sé (questo per pochi giorni) ed esclamava: *giù, morte, giù, dolce dolce* ed altre parole simili, che hanno parte tinnita del suo repertorio catatonico. Questi sintomi si protrassero per venti giorni. Trasferito in ospedale alla fine di luglio, il disgregato inferno migliora; l'ossessione si presenta ogni tanto, ma è vinta. Ad ottobre scende il ricale. Dopo quattro settimane si ricrede e scrive la seguente lettera:

Novembre 1906.

Caro Babbo mio,

« Oh come sono lieto di poterli, grazie al cielo, con l'animo esultante, scrivere direttamente, per dirvi della mirabile trasformazione che si è operata in me. Fino a pochi giorni fa le idee solite mi avevano tenuto stretto in pugno con forte ossessione massime quella (oltre al digiuno) del dover certamente morire fra tre mesi, e del dover quindi restare in una casa di cura per sacrificio aspettandomi la morte.

« Ma la mattina di Venerdì, grazie a Dio, specie per un certo aspetto di assurdità che presentò le mie interne proibizioni, l'ossessione, grazie a Dio, incominciò ad essere meno intensa. Massime dopo la preghiera, mi lasciai mangiare, e quando venne Mamma a prendermi, contuttoché avessi fino allora deciso di non consultare in alcun modo persona di religione, l'ossessione non ebbe la forza di resistere alla insinuazione di Mamma che mi condusse in vettura da un Canonico col quale aveva preso appuntamento per una conferenza.

« Mi feci animo, e malgrado un cenno che innanzi ancora sentiva ad una certa confusione di mente che mi restava, ebbi non appena abboccato col sacerdote una alacrità e una chiarezza di mente e talora che mi permisi di esporre nudamente tutta la mia stizza, da qualche tempo a questa parte, e mi dispose ad accettare il rispetto del Canonico.

« Gli esposi per filo e per segno ogni cosa, dal principio dell'affacciarsi

di quel genere di idee, divisi i periodi per gruppi, e ad ogni gruppo il richiedi del suo parere.

« La calma del sacerdote, la sua benignità ed anche chiarezza di mente mi fece buona impressione: egli senza incertezza, con franchezza ed in modo altissima persuasivo, lodò quello ch'era da lodare, m'indico fino a dove io avea camminato bene, fin dove cioè si voleva la mano del Signore, e d'onde io avea incominciato ad errare, ritenendo io per buono quello che egli riteneva essere invece insinuazione del demonio, sotto apparenza di bene, per la maniera del ragionamento, e massime pel fatto dell'avermi tenuto lontano dai S. Sacramenti, e dal parlare del sacerdote del quale, egli mi disse, il Signore non ha paura.

« E richiestolo poi s'egli credesse essere realmente opera diabolica oppure auto-suggestione, mi rispose che lo spirito maligno si serve talora anche di questo mezzo. Declinai adunque le mie idee sostanzialmente erranee, e mi esortai a rimettermi all'obbedienza.

« La mia mente, l'animo mio, erano attì in quel momento a riceverne l'impressione, e io suo parole fecero l'effetto voluto.

« Durante il colloquio la predicatione tacque e dopo se rimase soffermata.

« Poi immaginare la nostra gioia quando rilescelemmo le scale del canonico, avendo ottenuto quello che da tanto tempo si anelava.

« Cessata la causa che mi ci costringeva, predominò nell'animo mio l'avversione a quel luogo, ove fino allora era stato, e nel quale se lo mie lievi conflizioni ne avevamo avuto un certo vantaggio per la costrizione al cibo, quelle mentali erano al certo peggiorate per le scottature ed il continuo turbamento delle idee, e pregai Mamma di non ricontornarci, ma di portarmi seco al focolare domestico. Mamma assentì, e la sera con letizia cenammo tutti assieme.

« Mi trovai così alla famiglia in seno, presso alla mia cara Mamma, ed ho promesso di obbedire docilmente, faccio tre pasti al giorno, e le sue idee si erano delegando come nebbia al sole, come nuvola che si allontani, come ricordo del passato.

« Dopo qualche altra conferenza col canonico cui egli mi ha consigliato posero sotto alla sua direzione a tornare ai S. Sacramenti, a compiere al più presto la S. Confessione e la S. Comunione da cui per troppo sto lontano da un anno.

« Dietro consiglio del canonico e di mamma ho anche ricominciato a bere vino, abbiamo comprato carta per palloni, di cui un primo costruito peraltro dal Nino è partito ieri — e sento in complesso la mente più sollevata.

« Quante quante cose potrei ora dirti, ed avrei da ringraziarti di quell'amore di letterina, povero Babbo, e da chiederti perdono dell'averti, sebbene involontariamente, cagionato tanto dolore. Ma tu anzi ad una mia lettera, Mamma vuol che parta oggi, e Bernardo aspetta, quindi tu è forza andarsene. Dirò ancor solo che anche questa volta come già ben altre, è stata Mamma il mio angelo salvatore, senza il cui aiuto starei forse ancora a navigare lì entro ».

Questo periodo di remissione cessa in capo a poco più di due settimane. Alla fine del 1900 subentra un terzo accesso violento di disordine mentale con manifestazioni d'idee deliranti, scioltezza, atteggiamenti catatonici. Il 2 febbraio 1901 il malato comincia a svegliarsi ed a camminare da sé: ma quasi subito ritorna al disordine di prima e persiste in simile stato fino al termine d'aprile.

In luglio altro soggiorno in montagna ed altra remissione. Ma tornato in città verso la metà d'agosto, l'inferno subisce un leggero peggior-

mento, che si protrae invariato fino al novembre del 1901. Da allora in poi lo stato di catatonica perdura ed aumenta d'intensità. Il malato tiene gli occhi chiusi e non li apre che di tanto in tanto; non risponde a nessuna domanda: sta immobile, non mangia, ma si lascia imboccare, vestire e spogliare, rimanendo del tutto passivo. Ogni tanto grida ed esclama: *dolce dolce, far, marie, giuro giuro*; non legge le lettere che ricorre, non le apre e non ne scrive; si oppone a qualunque proposta tenacemente, non consente né a camminare, né a mostrar la lingua, né ad alzare il capo; quando grida, accompagna il grido con un atto di disgusto, scuotendo il capo come se fosse cotto da un brivido; non rompe il silenzio che per pregare d'essere lasciato immobile e senza cibo, o per domandare il cibo di magro nei giorni di venerdì e di sabato, o per implorare d'essere accompagnato alla messa; di notte viene nel letto e qualche volta scride o ride fragorosamente senza motivo o per motivi futili.

Eppure nel 1901, mentre lo stupore catatonico era al culmine, il malato si recò una sera nella camera di sua madre, indisposta, dicendole: « senti, mamma, temo di perdere presto la mente; prima che ciò avvenga vorrei fare le mie disposizioni ». E nello stesso anno per un periodo di circa trenta giorni ripeteva continuamente: *Sofone xii tornenda, non so . . . niente*. Nel maggio del 1901 era ricoverato in un Sanatorio, ma si recava ogni giorno a casa da sua madre. Orbene, mentre al Sanatorio non consentiva mai a mangiare da sé, appena giunto a casa mangiava di tutto senza farsi mai aiutare, prendeva parte alla conversazione e faceva frequenti escursioni nei dintorni della città in compagnia di parenti ed amici, che non avevano alcun sentore delle sue lezzardie. Tornava la sera al sanatorio e le bizzarrie ricominciavano.

Questo malato, in piena catatonica, giunse al mutacismo, alla perdita delle feci e dell'urina, alla stitichezza sistematica. Tuttavia in pochi mesi si rimise e tornò a casa. Presentemente conduce una vita delle più strane: frequenta conferenze e ritrovi eleganti, esce solo, tiene corteggiò brevissimi con amici di famiglia, conimesta con senso gli spettacoli teatrali a cui assiste; ma ritarda di cinque o sei ore agli appuntamenti, al pranzo, alla levata mattutina, che diventa pomeridiana, e la sua camera, come la pubblica strada, è sede indisturbata di copiole, percoffe, inopportunitate ed altri riti igienico-religiosi in apparenza, in realtà automatici, che assumono proporzioni gigantesche nella solitudine domestica, mentre si rifiutano ad esprimersi simboliche e rudimentali davanti a testimoni.

La demenza precoce assume spesso un carattere familiare come nel seguente caso:

A. R., giovanotto di 25 anni ebbe una bisavola nevropatica; la nonna impazzì a 27 anni e fu ammessa al manicomio di Firenze il 4 luglio del 1851 con mutacismo, delirio, tendenza a saltare dal letto, insonnia; la madre, nata da questa inferma, che frattanto era guarita ed aveva lasciato il manicomio, impazzì a sua volta all'età di 40 anni, durante l'allattamento dell'ultimo figlio, ed ora è in stato di completa demenza, ospite fin dal 1884 di quello stesso manicomio, che accolse per breve tempo sua madre; una non materna di quest'ammalata fu anch'essa alienata. Ed ora, accanto alla madre, che ha raggiunto i suoi 58 anni, sono rimasti al manicomio di Firenze anche il figlio di cui si parla e la figlia di cui parleremo: entrambi dementi precoci.

Nel 1899, sui primi di gennaio, questo giovane, ch'era amante dei di-

vertimenti e in condizioni d'igiene sufficiente per pagarseli, sfugge la compagnia degli amici, si propone di non mangiare, e cessa di rispondere alle domande che gli si rivolgono. Il 15 il geniale con un colpo di mano alla gola tenta di uccidersi; ma la ferita non è grave, e il malato è condotto al manicomio. È in stato di profondo stupore, ma in capo a pochi giorni si risveglia, disimpegna qualche faccenda, assiste gli altri ricoverati e gareggia con gli infermieri anche nei servizi più grossolani. Ma nello stesso tempo, di tratto in tratto, ride senza motivo ad ogni interrogazione, ammiccia con le palpebre e non sa giustificare in nessun modo il suo tentativo di suicidio. Tuttavia la famiglia s'illude che si tratti d'una melanconia in via di guarigione, e riposa in casa il malato, che non era nè melanconico, nè guarito. Dopo una tregua di pochi mesi fu ricoverato al manicomio perchè restava giumente inerte in completa immobilità. Ora il malato sta quasi sempre seduto, col capo fortemente chin, non parla mai spontaneamente, non risponde alle domande. Invece di rispondere ride silenziosamente senza mutar posizione, e le palpebre sono prese da un rapido tremito. Quando è a letto sta col capo esposto dal lenzuolo; e se è sveglia, si abbandona di tanto in tanto a brevi reate altrui. Spesso orina nel letto, favinata ad alzarsi ed a passeggiare, obbedisce immediatamente camminando con passi piccoli e frenetici, il capo chino e le mani appoggiate sulle cosce. Se si ripone a sedere, qualche volta mantiene le mani sulla parte anteriore delle cosce, altre volte le unisce in atto di preghiera. Qualunque movimento gli si comandi lo eseguisce senza esitazione, senza lentezza, ma con un certo svenimento. Non oppone resistenza ai movimenti passivi e gli arti rimangono lungamente nella posizione assunta (cedevolezza). Nessuna fatica o promessa o visita di parenti lo costringa. La idiosincronia od è atteggiata ad un sorriso interno od assume l'impronta d'un raccoglimento profondo. Il malato si lascia colorire dal naso il muso e dalla bocca la salivà ed ha gli abiti intecati. Mangia abbondantemente. La pelle è bianca e glabra, il pericardio adiposo sufficientemente sviluppato; i genitali esterni sono normali. I riflessi rotazionali sono vivacissimi e così pure i cutanei: addominale, epigastrico, cremasterico, plantare. Non vi è anestesia.

A. R., 23 anni, sorella del malato precedente, aveva 20 anni quando nel principio del 1868 cominciò a far segni di alienazione mentale. Vedeva uscir di casa duci o venti volte al giorno, diceva d'essere incinta e di dover presto partorire un bambino, ma nello stesso tempo protestava d'essere una santa e che tutti gli altri erano peccatori. Oscillante nel tono sentimentale, alternava il pianto col riso senz'alcuna ragione. Vedeva il diavolo e qualche volta diventava violenta, rompendo tutto ciò che le capitava per mano.

Entrata al manicomio, era in uno stato di vivacissima agitazione. Per 15 giorni si mantenne agitata; poi la scena cambiò completamente. L'ammalata si fece apatica, silenziosa, non rispondeva più alle domande o sussurrava a mezza voce pochi monosillabi con grande lentezza. Non parlava mai naturalmente. Da allora in poi il quadro clinico non ha mai mutato.

La ragazza, alta, di gradevole aspetto, di maniera modesta e riservata, sta quasi sempre seduta col capo chino; qualche volta lavora alla vista od al ricamo, ma quasi meccanicamente e con immensa lentezza, per comando. Per ottenere da lei una risposta, bisogna ripetere più volte la domanda. Durante l'interrogatorio sorride, guarda in modo furtivo il medico che le sta dinanzi, ma senza alzare la testa, fa qualche cenno del capo e sussurra qualche parola, favinata a sollevare la testa,

non obbedisce ed anzi resiste validamente. Ricusa di alzarsi, di camminare, di mangiare a comando; ma, se le si porge un libro, legge correnti frasi, in fretta due o tre righe, poi senza scomporsi si rimette alla sua calza. Scrive sotto dettatura senza errori, ma ogni tanto posa la penna per ricominciare il lavoro. Se le si propongono dei calcoli numerici a memoria, sulle prime risponde a orecchio, ma poi finisce col riflettere, rettificare e risolvere il problema esattamente. Se poi si imputa un'operazione aritmetica, per esempio una moltiplicazione, l'ammalata eseguisce esattamente il calcolo delle prime cifre, ma scrive tutte le altre a caso e rapidamente. Del resto conosce benissimo i luoghi, le persone e i loro nomi. Un saggio di dialogo con lei:

— Come si chiama? — *A. R.* — Quanti anni ha? — *Frankfort.* — Dove sta? — *A. Firenze.* — In che via? — *Via Parione.* — A che numero? — *(Indica con precisione il numero ed il piano.)* — Ha i genitori vivi? — *Non lo so.* — Che giorno è oggi? — *Mercoledì (mercoledì).* — Di che mese siamo? — *Di gennaio (esatto).* — In che anno? — *1902.* — Dove siamo adesso? — *Non lo so.* — A casa sua? — *Si.* — Ma chi sono queste persone intorno a lei? — *Sono malate.* — Ci sono malati a casa sua? — *Non sono a casa sua.* — Dunque dov'è? — *Al manicomio.* — E chi ci sta al manicomio? — *I malati di cervello.* — Lei è malata di cervello? — *(Risponde sì col capo.)* — Da quanto tempo si trova al manicomio? — *Da quattro anni.* — Vuol bene al suo babbo? — *Si.* — Se cucire? — *Se leggere.* — E stata a scuola? — *Alle scuole elementari.* — Andrebbe volentieri a casa? — *Si.* — Sta volentieri qui? — *Si, certamente.* — È vero che qualche volta ha visto il diavolo? — *Si.* — Com'è fatto? — *È nero.* — È vero che sua madre è ricoverata al manicomio come lei? — *(Accenna di sì, gira lo sguardo per la sala e indica sua madre, che infatti è presente.)* — È vero che lei è incinta? — *Si, ho partorito un bambino.* — Come si chiama? — *Giulio.* — Dov'è? — *È morto.* — Quando è morto? — *Non è nemmeno nato.* — Perché allora mi ha dato d'averlo partorito? — *Per un capriccio.* — Crede d'essere una santa? — *Si.* — Che santa? — *La Madonna del Gatto.*

CAUSE E NATURA DELLA DEMENTIA PRECOCE.

Le cause di questa malattia sono completamente ignorate. Ch'essa si trasmetta per eredità è un fatto frequente, ma non costante. Si può aggiungere che nell'ascendenza dei dementi precoci le madri sono pettegole o isteriche o stravaganti più spesso dei padri. Ma ciò potrebbe dipendere dalla circostanza che nella selezione matrimoniale le donne, almeno per ciò che riguarda la loro intelligenza e il loro carattere, sono scartate meno rigorosamente degli uomini. Le isteriche non destano alcuna ripugnanza, le imbecilli passano per tanto educate all'antica, e quelle che sono predisposte alle psicosi affettive, sposandosi in età più giovane degli uomini, non hanno ancora dato prova della loro tendenza morbosa; alle ragazze, che vivono nella cerchia angusta della famiglia, è assai più facile che non agli uomini di nascondere i propri difetti. In ogni modo è certo che, fra tutte le malattie mentali, la demenza precoce è forse la

più ereditaria; qualche volta assume senz'altro il carattere d'una malattia familiare. Le coppie di fratelli che si contano in ogni manicomio numeroso sono quasi sempre casi di demenza precoce. La fig. 122 rappresenta sorelle che impazzirono verso i 20 anni, tutte di demenza precoce.

Quanto alle stigme di degenerazione, non si può affermare che abbondino; spesso l'insensibile malattia colpisce giovani uomini e ragazzi nel fiore della bellezza. Forse, fra i colpiti, vi è prevalenza del sesso maschile, ma così lieve, da non autorizzare alcuna conclusione. In



Fig. 122. — Demenza precoce in tre sorelle: fase terminale con apatia, muticismo ed atteggiamenti stereotipati.

matéria di patogenesi, non si conosce che una congettura di KREPININ: la demenza precoce sarebbe un'autointossicazione dell'organismo prodotta da veleni elaborati negli organi sessuali che risulterebbero dannosi al cervello. L'ipotesi fisiologica d'una secrezione interna da parte degli organi sessuali potrebbe spiegare la demenza precoce sia come una deficienza, sia piuttosto come un eccesso di tale funzione recondita. La frequente comparsa della malattia durante la pubertà, il turbinamento e le oscillazioni ch'essa determina nelle funzioni genetiche e l'impossibilità della sindrome specifica nei vecchi appoggerebbero questo modo di vedere. D'altra parte il processo della demenza precoce non risparmia gli adulti, e l'organoterapia, più volte applicata con metodo e perseveranza, non portò il minimo risultato. Altri paragonano la degenerazione dei demenzali precoci

a quel processo di reversione atavica per cui certe piante inselvatichiscono; ma si fa torto ai selvaggi ravvicinandoli ai dementi precoci.

In ogni modo, se per reversione atavica si vuole intendere la mancanza d'adattabilità ad un ambiente elevato e il ritorno dell'organismo ad una forma d'adattamento inferiore, perciò intempestiva, inopportuna, mostruosa, si enuncia un'ipotesi che sta in aperto contrasto coi fatti. Il demente precoce colla sua passività, col suo negativismo, col pervertimento della sua volontà è inadatto all'ambiente in cui vive; ma sarebbe ancora più inadatto ad un ambiente meno evoluto, da cui non riceverebbe né soccorso, né perlozo, né correzione. La demenza precoce non è una reazione, sia pur patologica, a fattori esterni di malattia, ma è una degenerazione endogena che rappresenta la segregazione di qualsiasi adattamento e che si svolge all'infuori da ogni regola o fase storica dell'evoluzione intellettuale.

In altre parole, la demenza precoce è con tutta probabilità una malattia, non un'anomalia. Anche le poche nozioni che si possiedono sulla sua anatomia patologica confermano questo modo di vedere. I preparati eseguiti col metodo di Marchi e con quello di Weigert dimostrano che nei dementi secondari la corteccia cerebrale è alterata; ora i dementi secondari sono appunto i tributari della demenza precoce. Nelle cellule vi è atrofia e degenerazione grasso-pigmentosa; nelle fibre degenerazione e distruzione (dei fasci associativi); nei vasi sclerosi, obliterazione e degenerazione grassa; nella nervaglia proliferazione dei nuclei. Questo reperto che Moscerowitschko ha verificato nella demenza secondaria si può, in parte, attribuire alla demenza precoce. Nelle forme catatoniche ALTOWITZ ha riscontrato spaccata gliosi che si limita allo stato più profondo della corteccia cerebrale. Questo interessante reperto anatomico, che più tardi è stato confermato da DUBROV, si può mettere in armonia coi sintomi clinici della demenza precoce. LOGAN fa notare che il disturbo mentale caratteristico della demenza precoce e che si manifesta sotto forma pura ed isolata nei paranoici consiste in un perturbamento della volontà e della condotta, mentre sono integri la sensibilità, la capacità istrice, la memoria e l'elaborazione. Or bene, questa caratteristica parzialità dell'alterazione mentale collima perfettamente con una lesione identica e sistematica di speciali neuroni corticali che potrebbero appunto essere le cellule polimorfe dello strato profondo. Per via d'esclusione è supponibile che le cellule polimorfe regolino quelle funzioni che nella demenza precoce si palesano alterate e che dovrebbero coordinare le rappresentazioni con le emozioni corrispondenti e con l'esecuzione degli atti. Gli altri elementi hanno infatti, almeno per quanto sembra, altri uffici. Lo strato tangenziale e quello delle cellule piramidali sono destinati più specialmente ad asso-

ciazioni semplici e più semplici; le grandi cellule piramidali servono ad esportare il prodotto ultimo dell'elaborazione corticale, il movimento, e danno origine alle vie di proiezione; gli elementi piccoli degli strati granulosi sono più direttamente connessi con le fibre afferenti e perciò con la sensibilità. Dunque la connessione tra gli affetti, i motivi e la condotta, che è il campo di battaglia della demenza precoce, risiede verosimilmente nello strato profondo della corteccia, che le ricerche anatomiche segnalano infatti come il più colpito. La demenza precoce, qualunque sia la sua causa, si rivelerà così l'effetto d'una degenerazione sistemica e parziale della corteccia.

Solo un esame anatomico di casi recenti in fase acuta e che siano venuti a morte per malattie intercorrenti, ma non troppo lesive del sistema nervoso, potrà col tempo risolvere la questione. Intanto la demenza precoce è da riguardarsi con sicurezza come la più tipica delle psicosi da causa interna.

CURA.

Piuttosto che di cura, si deve parlare in questi casi di regime. I senili sono poco sensibili ai depressanti ed altrettanto poco agli eccitanti. La loro violenza impulsiva e i loro incorgliamenti catatonici non sono l'espressione d'uno stato affettivo; coi farmaci d'azione più sicura e più energica non è facile ridurli al «senza reazione automatica» e d'ignota origine, il bisogno di potassio, la iocina, i bagni caldi e prolungati, che danno tanto sollievo agli epilettici, ai paranoici, ai maniaci, sono spesso inefficaci nella demenza precoce. Opposti, il bagno freddo, il massaggio, l'elettrocrità sono senza effetto nei casi di catatonismo apatico, di mutismo, di sfrenatezza intestinale e vescicale. La suggestione è ancor più inefficace; anzi, facendo appello alla persuasione, si corre il pericolo di risvegliare nei malati il negativismo e di produrre complicazioni. Il demente precoce non riconosce né l'autorità, né la benevolenza di chi lo consiglia; non ascolta la voce del proprio interesse; non rifugge dallo scetticismo, dalla ribellione, dall'ingratitudine, dal dissenso e dall'assensatezza fino agli estremi limiti del credibile. I pentimenti, le resignenze, le visioni chiare del proprio stato, anche nei momenti migliori, non sono mai complete.

Per dementi precoci, soprattutto nello stadio acuto (che non è breve), è necessario il manicomio. Questi ammalati, che agiscono senza coerenza e per senza freni, non ostando minimamente le conseguenze dei loro atti, non possono né godere della libertà, né ricevere un'assistenza sufficiente nella loro casa. In una malattia come la demenza precoce, dove l'attività volontaria si snatura fino a sincronizzarsi da ogni movimento razionale o

sentimentale, tutto è possibile e nulla è prevolabile. Il manicomio, se non è un mezzo di cura, è dunque per lo meno una necessità.

Ma, superata lo stadio acuto, in capo a qualche anno, i vesanicci che non guariscono diventano assai più disciplinabili. Le loro manifestazioni impulsive e paranoici si semplificano; le loro angosce si smussano; il contegno diventa uniforme e si riduce all'estrinsecazione tranquilla di pochi manierismi innocui, che fra le mura indulgenti del manicomio non destano né meraviglia, né reazione. Il negativismo dei malati si spunta di fronte ad un'organizzazione grandiosa che, come quella d'un ospedale, oppone la sua resistenza passiva e impersonale ad ogni sorta d'ingrati, reprimendoli quand'è necessario, bilanciandoli quand'è possibile, evitando con norme fisse ogni esitazione o contraddizione di trattamento. Così a poco a poco i dementi precoci, inaffili alla vita sociale, divergono spesso ideati alla vita speciale del manicomio e vi spiegano talenti insospettiti, perseveranza irrepreensibile, energia insuperabile, purché non si esiga da essi nulla più e nulla meno di ciò che possono e sogliono dare. Nelle colonie agricole annessi ai manicomii, in certi lavori di scritturazione, nelle mansioni più umili di pulizia e di disciplina interna i vesanicci invecchiati allo stato *frené* sono cooperatori preziosi. Ma affinché non desistano dalla loro cooperazione, è necessario applicare fino all'estremo smembramento il principio della divisione del lavoro.

Talvolta, a furia di migliorare, i dementi precoci arrivano ad uno stato di guarigione incostante, di *succès relatif*, che permette loro di vivere regolarmente anche fuori dal manicomio, purché vi sia chi li dirige, li appoggia e li preserva dagli ottusi del mondo. Per raggiungere questa soluzione non bisogna affrettarla, ma attendere che nel malato sia spento ogni impulso automatico e subitaneo.

Nelle forme catatoniche ed ebfreniche che sopraggiungono all'improvviso in individui molto giovani e con sintomi di confusione mentale, si dovrà adottare lo stesso criterio di cura che si applica nell'amenia, aggiungendovi l'isolamento in caso di salute. In questi casi non è impossibile la guarigione completa.

CAPITOLO XXII.

I perversimenti sessuali

Sarebbe ingenuo credere che ogni e qualunque irregolarità degli atti e dei desideri erotici costituisca un segno infallibile di perversimento sessuale. Vi sono aberrazioni del senso genetico, ma parziali e passeggera, che non hanno il significato profondo di un'anomalia antropologica; e questo capitolo non è l'enciclopedia di tutte le fantasie lubriche che pullulano in cervelli corrotti, ammalati, imaturi, decadenti, o semplicemente sovraccittati. L'amore è il campo più insondabile e più libero dell'anima umana appunto perchè l'istinto da cui emana è cieco, imperioso e poco consapevole o intormentito inconscio dell'obiettivo fisiologico a cui è rivolto. Un problema così indeterminato permette una certa varietà di soluzioni personali ed in materia amorosa ogni uomo ha il diritto ad un'estetica propria. Ma questo diritto ha un limite e non deve spegnere l'attrazione naturale e fruttuosa verso l'altro sesso a totale beneficio di tendenze oblique ed infconde.

Per la specie e pel filosofo che studia obiettivamente le leggi degli istinti (il punto di mira o la norma dell'erosismo è la procreazione); ma questa norma non vincola in modo assoluto l'individuo normale che la ignora e che se ne cura mediocrementemente anche quando trova comodo di rispettarla. Non è patologico, né ripugnante, né immorale, soltanto infcondo, il contatto con una donna incinta o notoriamente sterile. Per la stessa ragione è tollerabile l'atto o il desiderio che approdi comunque ad una soddisfazione non perfettamente classica dell'istinto genetico, anche se per una volta tanto resta inascoltato l'interesse astratto della specie. L'essenziale è che questo interesse non risulti sistematicamente e irrimediabilmente tradito.

Il vero perversimento si verifica solo in quanto un'orientazione decisamente contraria alla funzione genetica renda insopportabili, malagevoli o ripugnanti i contatti normali, mentre riescono facili, piacevoli o desiderati i contatti extra-normali. Non sono dunque perversiti quegli individui

rozzi, incoscienti o insatirati che, per il bisogno invincibile di soddisfare un istinto ben poco illuminato, ricorrono in mancanza di meglio a mezzi inadeguati. Malgrado il travolvimento transitorio, essi conservano non fosse altro allo stato latente la capacità pratica e la preferenza teorica per il rituale fisiologico. L'attrazione erotica verso individui del medesimo sesso è il più delle volte una manifestazione di daltonismo sessuale che dipende appunto da imperfetta visione dell'obiettivo amoroso: si osserva in adolescenti che vivono in chiusura, fra individui la cui coscienza è annebbiata da malattie e ricondotta al daltonismo primitivo, fra vecchi rumicellati che sarebbero disposti a sfogare una libido indistinta e secondaria anche su teneri fanciulli del sesso opposto, se ne trovassero. In questi casi di bisessualità il senso genetico è travolto per eccesso. Alle conquiste più giuste si antepongono le conquiste più facili. Ma il travolvimento cambia di natura e costituisce una vera anomalia costituzionale se, coincidendo col risveglio precoce ed intenso dell'istinto sessuale, acquista stabilità e taglia la strada per tutta la vita alle abitudini mentali e quindi agli atti materiali richiesti dall'amor fisiologico. Se ha allora un arresto dell'istinto genetico allo stadio infantile, un *infantilismo ereditario*, che non attenua l'intensità dell'attrazione sessuale, ma le impedisce d'orientarsi normalmente. Il maschio giovanetto che si innamora *proctisoriamente* d'un giovanetto dalle fattezze femminili si dimostra non già effeminato, ma *ultraerile*. Lo stesso si può affermare della giovanetta o della donna che, per colpa di passività nullifera, accetta o cerca le carezze ardenti di altre donne: essa è *ultrafeeminale*. Il significato di questi travolimenti, piuttosto che parafisiologici, è iperfisiologico. Ma si passa al vero perversimento costituzionale quando gli adolescenti smarriti, in luogo di retrocedere alla prima occasione, rimangono per sempre al di là del confine, o se, peggio ancora, procedono nel vagabondaggio bisessuale e si specializzano fino a raggiungere l'inversione completa e irrimediabile. L'ideale provvisorio diventa definitivo, assorbente, assoluto, mostruoso.

L'eclettismo spensierato della prima infanzia e della demenza, per quanto lontano dai precetti d'una morale rigorosa e di un'estetica raffinata, non è dunque in aperto contrasto con le leggi naturali ed anzi rivela la forza e l'impeto d'un istinto tra i più fondamentali. Esso corrisponde all'indifferenza etica ed alla semplicità estetica degli animali, tutta a base di colori e d'odori, che qualche volta distoglie, è vero, dal contatto sessuale, ma più spesso lo favorisce perché ne moltiplica le occasioni sopprimendo gli impedimenti subiettivi e facilitando la scelta sessuale. Sarebbe invece impossibile riscontrare negli animali nulla di paragonabile alla vera inversione sessuale. L'*inversione* completa e senza ritorno è una specialità umana, un marchio di degenerazione. La viragine che circonfissa

altre donne per compiere su di esso atti maschili e che non sente alcuna attrattiva nell'abbraccio di sé stessa; il pederasta che si offre immutilamente alle voglie d'uomini rotti o semi-devoti, mentre un'insuperabile vergogna lo trattiene e lo disgusta da ogni contatto aggressivo, sono eccezioni mostruose e rare: anomalie degenerative. Non solo questi casi estremi, ma tutte le abitudini mentali, ancorchè non seguite dagli atti, che allontanano durevolmente o irresistibilmente i sessi dai loro rapporti naturali, sono perversimenti costituzionali.

Persino tra gli ortodossi dell'amore intersessuale si contano pervertiti; e sono gli idealisti intrasiggenti, gli esclusivisti, gli utopisti che, nella vana ricerca di un'anima simile o complementare o perfetta, si condannano praticamente alla castità. Il loro particolarismo metodico va a finire nell'infecundità come i particolarismi dei perversi che concentrano tutti i desideri sessuali all'interno del contatto fecondo e che da BINET furono chiamati col nome di feticisti. Partendo dal preconconcetto cattolico in favore della castità, RAFFALOVICH fa un'apologia degli uomini pudichi (umisti è sinonimo d'avvertiti) contro l'arcanismo, per i pericoli a cui espone nella ricerca d'un partner, per le repressioni penali (specialmente del codice germanico, dell'austriaco e delle leggi inglesi) e per le ostilità universali dell'opinione pubblica, condurre le persone prudenti che ne siano colpite a quello stato di castità che i cattolici considerano come il più perfetto ed ideale. Il disprezzo ascetico verso gli atti carnali giunge a tal punto, che si eleva agli onori d'una virtù teologale, se non d'un assoluto dovere, la sorella minore della castità, cioè la continenza. E poiché un grado decento d'uratismo propende per necessità almeno alla continenza, si arriva a legittimare l'arcanismo ancorchè non sia perfettamente casto. Esiste una metafisica dell'uratismo che risale a PLATONE. Questo capostipite degli idealisti ascetici magnifica non solo l'amor filosofico tra maschi (puro), bensì anche l'amore onorevole, cioè duraturo, temperato, serio, ma non casto. Il neo-misticismo di cui è intinto anche RAFFALOVICH suggerisce altri argomenti a favore della infecundità, quindi della castità, quindi della continenza e quindi dei suoi derivativi extralegali. L'inversione sessuale è appunto uno di questi derivativi. Agli occhi dei religiosi e dei mistici non vi è nulla al mondo che abbia il prestigio della verginità. Essi hanno creduto di compiere un atto di massimo ossequio decorandone la madre di Gesù anche a costo di creare una posizione piuttosto equivoca al padre. Agli occhi dei neo-cristiani la verginità ha anche il pregio ben moderno dell'utilità biologica. Si invoca a tutela del benessere sociale il noto principio della divisione del lavoro: da una parte i riproduttori, scelti e limitati di numero, che miglioreranno la razza e modereranno l'esuberanza della popolazione; dall'altra gli intellettuali, esonerati dalle

cure della famiglia, votati alla castità ed alle pratiche omosessuali (perché senza offesa al pudore altrui) e quindi più idonei a coltivare senza peccato l'arte, la scienza e la filosofia. Tra i sacerdoti della castità gli uomini militanti formerebbero una specie di élite irregolare.

Ma queste apologie non tolgono all'uranismo, per quanto venisse, il suo carattere d'anomalia. Non glielo tolgono nemmeno i forzati racconti che si vorrebbero istituire tra l'uranismo umano e la neutralità sessuale d'alcune specie animali. Per trovare una sanzione dell'infederabilità e quindi della castità nella scala zoologica, non basta scendere: bisogna deviare fino agli artropodi. La castità non è naturale che nei neutri; e nella linea della filogenesi umana non esistono neutri. L'aspirazione ad una specie di neutralità sessuale o ad un suo surrogato, l'uranismo, è dunque un'utopia della morale metafisica che alligna fra i mistici moderni ed antichi. E il libertinaggio, così biasimato da questa utopia, è poi fisiologico non solo dell'uranismo, ma anche della castità.

L'unica causa plausibile che possa, senz'oltraggio alla fisiologia, imporre la castità o rendere moralmente tollerabili i perversamenti sessuali è l'altruismo. L'altruismo minuisce la violenza, la seduzione ed ogni rischio che metta a repentaglio la felicità della persona amata. Questa nuova forza morale, ignota ai primitivi ed agli animali, è una garanzia di libertà o d'ordine sociale perché esclude ogni atto carnale che avvenga senza mutuo consenso. Gli atti aberranti e tra individui dello stesso sesso, richiedendo come tutti gli altri il consenso di due volontà, sono commessi più abbondantemente degli atti normali perché trovano meno facili obiezioni. Solo i deformati e i malati di malattie contagiose sono condannati dal rigore ben giunto dell'altruismo ad una castità senza speranza. Le altre forme di castità sono antifisiologiche. Ed è egualmente antifisiologica ogni aberrazione costituzionale degli ideali erotici che implichi la sistematica avversione dei contatti normali o che ne comprometta la riuscita per un fatale rovesciamento dell'attrazione sessuale verso il proprio sesso o verso una meta anatomicamente estranea al processo della fecondazione.

Inversione sessuale (Uranismo).

L'inversione sessuale si riscontra in uomini e in donne talvolta della stessa famiglia. Ma è probabile che l'eredità patologica trasmetta soltanto la degenerazione nervosa o morale e che la coincidenza delle manifestazioni sotto la forma precisa dell'uranismo dipenda piuttosto dal caso o dall'analogia dei procedimenti educativi. Abbiamo già indicato l'importanza della famiglia, ossia d'una funzione eminentemente simbolica ed associa-

tiva, nel vestire d'un fascino insuperabile le suppellettili erotiche dell'infanzia. Come il poeta arcadico che non conosce il dolore tende a cogliere le sole immagini della bellezza o per una specie di cecità verso il brutto si illude che tutto sia bello; come il critico unilaterale s'ispira ad una specie di chiaroveggenza esclusa verso il brutto che lo rende incapace di gustare il bello finché in scena, così la grande maggioranza degli uomini per una involontaria selezione mnemonica dimentica il brutto e non ricorda che il bello. L'uomo che ricorda non ricorda che a metà; dei moeti ci rimangono nella memoria le virtù più che i difetti; dei paesi che abbiamo percorso annotambeti e che ci sembravano migliori allo stato presente ci si affacciano le magnificenze e le dolcezze quando li contempliamo sotto la luce della rimembranza; delle avventure aspre e pericolose ricordiamo le gioie più che le amarezze; il limbo della nostra infanzia ci sembra un paradiso quando l'abbiamo varcato. Per questo errore di prospettiva si ritorna al mare dopo averne provate le sofferenze, e il ricordo del primo amore o del penultimo è superiore sotto certi aspetti all'emozione voluttuosa del momento per quanto viva. Non è dunque necessario che la deformazione dell'ideale erotico sia congenita, come pretende Umanità, che attribuisce l'uranismo alla presenza di un'anima femminile in un corpo maschile e viceversa. Vi è un elemento che predispone alle aberrazioni: la precocità. E ve n'è un altro che congiura a perpetuarle: la memoria. Nell'infanzia non è ancora disinta l'attrazione verso il sesso opposto; e se nondimeno l'istinto genetico è desto, può darsi che imbocca una falsa strada. L'incertezza dell'orientazione erotica non preclude a chi è precoce (o poco cosciente) le strade del pervertimento ed apre anzi di sovente quella dell'uranismo. Mentre ogni altra forma di pervertimento è il prodotto del caso congiunto ad una certa precocità, l'uranismo è favorito in modo speciale dalla vita di scuola e di collegio. La memoria si allia con la vita di chiusura e col caso per ingigantire o perpetuare le prime attrazioni erotiche, rendendone impossibile la correzione (SCHRECKA-NORMAN).

L'inversione sessuale, come le altre forme di pervertimento, non cessa per questo di rappresentare un'anomalia costituzionale, specialmente quand'è completa. L'effeminato, il pederasta passivo, l'uomo che sessualmente si sente una donna e che non cede per interesse o per intimidazione, ma per impulso spontaneo e con gioia è spesso un debacole od un paranoico; se esercita il mestiere, è un *amourale* di razza. La donna energicamente ed esclusivamente attiva, che slegna il ruolo muliebre sia di fronte all'uomo, sia di fronte alla donna amata, è quasi sempre un'insensuale violenta e dimostra la sua profonda immoralità con indelicatezze, frodi e reati.

La psicologia degli uranisti è immensamente variata. Le loro biografie ci segnalano i solitari che vivono custodimento, le coppie legate da vincoli fissi e quasi matrimoniali, i lasci fondi della prostituzione omosessuale. Dall'estremo della castità e del pudore, attraverso alla leggerezza, alle gelosie, alle infelettà, alla volubilità, all'impudenza, si giunge sino al cinismo. Il paradosso omosessuale si manifesta in tutte le possibili sfumature: vi sono uranisti austeri, arcadici, passionali, propagandisti, libertini, vesali, svergognati, ricattatori. Tra gli austeri si contano scrittori e poeti di primo ordine. Nelle cronache dell'uranismo si trovano confessioni, carteggi, litiche, illiri, fieri, cerimonie nuziali, orgie, associazioni segrete, romanzi giuliani. A Parigi nel 1893 si scoprirono gli eroi della *Messa nera*; a Napoli furono sequestrate scatole di confetti che gli affiliati alla Società omosessuale si scambiavano celebrando le loro unioni come nel mondo intersessuale; a Londra si ricorda ancora il processo e la condanna del poeta Oscar Wilde, che un eccesso di stolido individualismo trascinò quasi ad ostentare il suo libertinaggio omosessuale e ad abbandonarsi senza rifugio.

Non tutti gli uranisti sono rigorosamente omosessuali. Alcuni tra di essi contraggono regolare matrimonio, sia con l'illusione d'emendarsi, sia con la speranza di nascondere al pubblico la propria anomalia, sia col proposito di farsi una famiglia. Talvolta riescono bene o male nel loro scopo; ma l'orgasmo venereo non si produce che raramente e forzatamente per evocazione d'immagini omosessuali. Tuttavia la misoginia e la misoandria non impediscono relazioni d'amore e di simpatia col sesso opposto, come tra camerati che la comunanza dei gusti e delle abitudini ravvicina, ma non unisce con vincoli amorosi. L'effeminato onesto, intelligente e poco lascivo, che non ravvisa nella donna una concorrente, ma il suo simile, nel senso più stretto della parola, si compiace della compagnia muliebre, dei discorsi frivoli, delle mode: è timido e raffinato. Lo invertito virile ammazza i sigari, la scherma, lo sport; è mascolinello. Maupia fu un'incarnazione epica di valore cavalleresco, era di compagni d'armi e non interamente adegnosa della loro amicizia appassionata.

La fraternità con l'altro sesso può trasformarsi a lungo andare, per affettuosa promiscuità di abitudini, in una tenerezza che è preludio all'amore intersessuale. Gli invertiti divengono bisessuali come un monaco può diventare stabilmente; e qualche volta, specialmente se sono giovani, lasciano la strada vecchia per la nuova: l'anomalia si corregge. In questo caso l'amore intersessuale nasce dall'amicizia, dalla confidenza, dalla similarità dei gusti e delle tendenze, anziché dal contrasto. Invece del binomio *Marte e Venere*, tutto fatto di contrasti, si ha il binomio tutto fatto d'affinità tra *Cloridiso* e la contessa d'Almariva. Appunto a questo

mode nasce sovente nei collegi, nelle caserme, nelle prigioni anche l'uranismo (Raffalovich). La personalità psichica degli uranisti è dunque altrettanto scariata che la loro condotta. In alcuni si ha la mesomorfosi integrale della personalità psichica da un sesso all'altro; in altri la personalità, all'infuori dell'atto genetico, conserva tutte le caratteristiche del proprio sesso.

L'aspetto fisico degli invertiti o specialmente dei non militanti è quasi sempre normalissimo. Nessuno sospetterebbe l'uranismo in certi uomini della figura tarchiata, in certe donne dai lineamenti gentili. Solo i mistificatori della pederastia usano il corsetto, il *mayolage*, le mutande ricamate, e sono poche le invertite che osino ed amino vestire da uomo. L'amore uranico fa spesso scomparire le barriere tra le varie classi sociali e non è meno democratizzatore dell'amore normale: la ricchezza è un'aureola agli occhi degli invertiti poveri e la povertà è un incoraggiamento ai ricchi che si propongono di corrompere col danaro o di abbagliare col lusso. E non è da credere che l'uranismo sia una raffinatezza delle popolazioni urbane o delle classi colte: esso è possibile in ogni caso e in ogni forma o grado di civiltà.

Tra gli uranisti maschi è assai rara la sodomia. Di solito gli uranisti non sono invertiti che a metà e i loro contatti si riducono a compiacenze reciproche, simultanee ed egualitarie. Anche tra donne si ha uno scambio piuttosto semplice di carezze meno violente dell'amore virile. Molti uranisti fanno la sodomia in errore e vorrebbero ch'essa fosse punita come reato: l'identificazione dell'uranismo maschile alla pederastia è dunque un errore tradizionale a cui non si sottraggono magistrati e medici, ma che non dev'essere diviso dagli alienisti. La stessa ripugnanza si osserva tra donne invertite, almeno in generale, di fronte al coito dionideico: e il caso più comune nelle coppie femminili è quello di due donne che, nella loro mutua attrazione, conservano la sensibilità, il pudore o le abitudini femminili, almeno fino ai limiti della possibilità. Insomma la maggioranza degli invertiti è formata di uomini ultravirili e di donne ultrafemminili. Gli uomini ultravirili si adattano bene a qualche passività femminile, ma unicamente allo scopo di ottenere la reciprocità; a loro volta le donne ultrafemminili si sforzano a qualche atto aggressivo, non con uno scopo analogo, cioè solo per ricevere il contraccambio di quel trattamento sessuale a cui si piega con voluttà passiva la mite anima della donna. Il colmo della virilità è per l'uomo la conquista d'un borse; il colmo della femminilità per la donna la resa a discrezione di fronte a chiassata, persino ad una rappresentante femminile della debolezza. Gli uranisti sono dunque in gran parte più perversi che invertiti.

Urnalismo femminile. — Adriana X. è una giovane francese di buona famiglia, di carattere fantastico e dolce, di aspetto gentile e molto piacente. Un po' invadente della sorella (maritata e bellissima), credendosi (ma a torto) poco amata dai genitori, parte col loro consenso per l'America e si stabilisce a New-York dove impartisce lezioni di francese assai facilmante remunerate. Nella metropoli americana stringe relazione con miss Lucy Y. giovane ricca, disinta e tuffa che ha all'incirca la sua età (24 anni). La loro amicizia si fa così intima, che Adriana giunta le sue tende in casa dell'amica, non come istitutrice, ma come sorella. Le due amiche dividono fra loro la camera e qualche volta anche il letto, ma Adriana è così franca e candida nelle sue tenerezze. Lucy è così buona e ragionevole nel contraccambiare, che non si ha il diritto di elevare sospetti sulla purezza del loro amore. Se una nube d'impurità l'ha qualche volta offuscato (e non è ben certo), bisogna ammettere che Adriana abbia perduta la testa per esuberanza di passione, e che Lucy abbia perdonato, ma non ceduto, per esuberanza di bontà, d'indulgenza e di simpatia. Adriana è veramente chérvante: sbruita, inaffabile, modesta, graziosa, vivace, sincera, generosa, essa finisce senz'accorgersi per dominare dispoticamente. Non permette alla madre dell'amica di entrare nella camera comune; rimprovera il fratello di Lucy dei suoi disordini; esercita un'autorità affettuosa, ma tirannica su tutta la famiglia, e si mostra, come veramente è, piena di disinteresse, noncurante dell'avvenire, devota sino al sacrificio ed al suicidio. Questo stato di cose, tollerato amabilmente dalla buona Lucy, riesce insopportabile alla madre di Lucy ed al fratello, i cui caratteri non sono altrettanto facili. Avvergono frequenti litigi; la signora Y. va a stare per qualche tempo a Boston; ne seguono scene gravi di cui non si osa farmi il racconto. Il fatto sta che Adriana parte disperata per la Francia e rientra in famiglia. Passa un anno: un anno di sofferenze e di lacrime per Adriana, di tristezza e di rimorso per Lucy. Le due amiche si scrivono, ma Lucy è più assidua di Adriana che è in preda ad una disperazione cupa. Al termine di quest'anno infernale, tanta è la disperazione dell'una, tanta è la compassione dell'altra, che si danno appuntamento a Firenze, e ciò permesso delle loro famiglie si ritrovano. Sulle prime l'incontro è soggetto di disinganni: Lucy, che è buona, ma ragionevole, rimane sconcertata dai rimproveri, dalle recriminazioni, dalle esigenze di Adriana; Adriana, che è tenera fino all'insensatezza, vorrebbe dall'amica la rinuncia perpetua ad ogni cosa, al ritorno in patria, a qualunque proposta di matrimonio, a qualunque pensiero d'indipendenza.

Quando le vide la prima volta, Adriana, che è gravemente indisposta, e che da un giorno soltanto è stata raggiunta dall'amica, tiene per mano Lucy, si lamenta della sua freddezza, non le permette di uscire nemmeno un istante dalla camera, piange amaramente e non si consola che promettendole di non dividerla da Lucy. Allora sorride levemente, discorre con senna e si palesa per una signorina amabile, educata e tutt'altro che civetta. Ma quando è sola con l'amica, parla continuamente, le sue recriminazioni non hanno limiti, le sue pretese sono piene di discrezione; il timore di perdere l'amica, di averla un giorno abbandonata, di vederla ripartire diventa per lei un'ossessione; essa vorrebbe che tutti perissero, che New-York bruciasse, che Lucy diventasse povera per proteggerla, amarla e sposarla, se fosse possibile. In breve Lucy s'accorge di non poter continuare questo regime sentimentale ad alta pressione: e chi avrebbe il diritto di costringerla? Nemmeno l'idea di poter tornare a New-York e la promessa solenne di poter frequentare ogni giorno la casa

di Lucy, ma senza aiutarvi, basta a rasserenare l'inquieta Adriana. Essa non vuol accettare una posizione che le sembra umiliante ed esige lo stile più nobile senza restrizioni. L'amore di Adriana acquista qualche volta una tinta leggermente senile e piuttosto prepotente; ma per lo più è patetico. Questa povera ragazza, omosessuale per caso, non ha nulla di maschile; malgrado le sue dolci violenze, è l'ideale/erotico fatto persona. Passionale per indole, è stata spinta ad una parziale inversione piuttosto che all'amore interessando dall'esuberanza impaziente della sua affettività che non sapeva attendere un solo virile. Un uomo d'indole tiepida potrebbe onorare, dividendola, la simpatia di questa creatura rara e non la simpatia la guarigione. Ma intanto, che avverrà di Adriana se la sua unica l'albanese troppe presto?

Uranismo femminile ed immoralità costituzionale. — Emma N. è una giovane infermiera, bionda, né brutta, ma d'aspetto femminile. Fu educata in convento ed è abile nel cucire. A 18 anni soffrì d'erotismo, ma presentemente (essa ha 23 anni) è florida e sembra guarita. La sua intelligenza è vivace, ma il suo carattere è detestabile. Bagiarda, ladra, aspra di modi con le malate, fu licenziata dopo tre mesi di prova. Si scoporse che, senza «leggere» l'amore degli uomini, coltivava, benché senza successo, quello delle donne. Probabilmente era trascinata verso gli uomini dall'interesse e verso le donne da un erotismo omosessuale nato in convento. Tuttavia l'omosessualità di questa donna moralmente inferiore si rivela ben diversa da quella della signorina passionale che ho descritto poc'anzi. Emma N. non è punto sentimentale, non è punto pudica, non è punto riguardosa con le donne di cui s'intaghiere. Nella lettera amorosa che dirige ad una di esse non arrossisce di alludere ad altre simpatie omosessuali e di offrirsi come servizio ad una compagna che tratta col lei e da cui non ha ricevuto alcun segno d'amore. Ma, al contempo di tanto cinismo, non si può negare alla lettera una certa spontaneità d'ispirazione che rivela, se non un amore passionale, una sensibilità sincera. Ecco l'omografia.

(Firenze, 22 settembre 1911)

Mia Simpatia O.....?

« Sono tre giorni che non l'ho vista e mi sembrano tre anni; giorno e notte penso a lei continuamente. La sua cara immagine è sempre fissa nel mio pensiero e suggellata nel mio cuore, al suo ricordo mi sento frenare, ogni viscere palpita d'amore per lei, per la P.... e per l'Erasmina e per le altre poi non le so dire. Sono triste, molto triste di essere lontana da lei, il mio sorriso è un incanto per me, la sua voce una melodia, tutta la sua persona un fascino che mi fa stare in estasi. Quando ride è birloncella!», Rida, rida pure, è il momento buono, e quando ride è più bella ancora. Se potessi prendere moglie le farei una dichiarazione e direi subito soggiornare, o tutto l'amore che ha per . . . nel suo cuore le costringerei a darlo tutto a me, e le girerei che saprei custodirlo così gelosamente, che nessuna chiave varrebbe ad aprirne il segreto.

« Vorrei che i luci che si sprigionano dalle sue labbra di corallo fossero tutti per me. E guai, guai a chi oserebbe rubarsene uno, uno solo, guai!... Basta quel 8....!! Come l'invidia! Vorrei poterle esprimere con parole tutto quello che provo per lei, mio tesoro, mio bene,

anima mia; ma se il mio cuore è ricco d'affetto, è povero di parole e in certi momenti non sa esprimere tutto quello che vorrebbe. Se l'avessi con me qui vicino sentirei scrivo, me la vorrei strappare forte forte fra le braccia e scollarla nel collo, nella bocca tutti quei baci che saprei darle. L'uno, l'uno, l'altro,.... Mi vuole per sempre?.... Sarei capace anche ... - - -

« Spero che vorrà corrispondere al mio amore e vorrà scrivermi una parola di conforto per ridonare la pace che il mio povero cuore ha perso per lei. Da che l'ho conosciuta, io non sono più io, me contola. Mi scriverà? Vorrà farla contenta? Sono nella disperazione, e se mi nega l'amore che le chiedo ginocchioni, le giuro che l'acqua dell'Arno mi aspetta per coprirmi. Intende a che punto sono?....

« La prego a voler sentire se per me sono venute lettere e mandarmi,.... Spero ricevere un suo scritto e una conferma. Saluti alle compagne. La bacio di cuore — il più innamorato e fedele degli amanti.... »
Emma.

Omosessualità femminile associata a delinquenza (caso clinico di CANTARANO). — Nel 1883 il dott. CANTARANO pubblicò il caso d'una giovane ventenne, fannullona, eccitabile, vagabonda, che a 12 anni fu internata in una casa di correzione e divenne omosessuale. Scoppiata a casa, la ricondusse per vendicarsi, accusò dell'incendio un suo fratello, poi cercò rifugio presso una zia travestendosi da uomo. Così travestita si recò in un posidolo dove si trovava una sua compagna con cui intratteneva alla casa di correzione per rianimare la sua amicizia e suscitarela mediante nuovi atti sessuali, ma fu respinta. Arrestata si verificò ch'era vergine. Si travestì e venne arrestata altre volte, finché fu mandata al manicomio. Anche al manicomio (di Napoli) scrisse sentenze ardenti e sensuali, almeno nell'intenzione, con infermiere e malate. Questa donna, d'aspetto normale, con mammelle sviluppate e scarsi di animale somatifici, era decisamente androfila e depurava ancoramente di non essere nata uomo.

L'uranismo maschile è assai più noto dell'omosessualità femminile. I perversamenti genetici dell'uomo hanno un indice sicuro ed obiettivo nell'Ingoiatura, che rende umiliante e spesso disperata la posizione dell'invertito; mentre il perversamento sessuale della donna rimane nei recessi dell'anima senza palesarsi pienamente nemmeno a chi lo prova e senza impedire materialmente il contatto normale e fecondo con l'uomo. I quattro evangelisti dell'inversione sessuale, UHLICH, KRAFFT-EBING, SCHREIBER-NORMAN e RAFFALOVICH, parlano quasi esclusivamente dell'uomo. Fra tante biografie, auto-biografie e confessioni sommarie di uranisti celebri, che forse pesarono davanti allo storiografo o davanti al pubblico con gesto bugiardamente passionale o falsamente pudico, non sarà fuori di posto la storia veridica d'un uomo che racconta la sua vita senza vanità e senza reticenze ed proposito di emendarsi, non già di pavoneggiarsi, di accusarsi o di commuovere. D'altra parte vi è nella confessione di questo uranista l'abbondanza di particolari subietivi e la chiarezza di linguaggio che è lecito pretendere da un laureato in lettere

e filosofia, e intorno all'autoritratto del protagonista si vedono disegnarli come ombre le figure secondarie del suo complesso che portano un tributo indiretto alla psicologia dell'uranismo maschile.

Uranismo maschile. — Robusto, sano, semplice, d'intesa negli affari, contadino nell'anima, N. N. non ha l'aspetto professionale d'un uiveruto. Solo, una cretaccina arcuata di forma inusitata tradisce intenzioni di galanteria che non sono in armonia coi suoi modi franchi, un po' rozzi, ma ingenui e non privi di dignità civile. L'intelligenza di quest'uomo, nonostante la laurea, è modesta e incapace di qualunque iniziativa all'infuori della routine scolastica: letterariamente non ha saputo assimilarsi che nozioni grammaticali; scientificamente non s'interessa e non si applica che alla lettura di opere riguardanti la fisiologia sessuale; psicologicamente è abbastanza scoto nell'intersepezione delle proprie anomalie, ma non sa assurgere a considerazioni generali, e la sua morale, senza essere perversa, è zotica e mediocre.

« Nacqui in . . . (piccola borgata d'Italia) il 29 settembre 1828. Perciò al momento in cui scrivo ho 44 anni. I miei genitori ed i miei zii erano feroce, per quanto io sappia, d'una costituzione fisica santissima ed oltre ogni dire robusta. Ne ho una prova in questo, che mia madre generò 10 figliuoli, due dei quali soccorsero di pochi mesi, gli altri (cio compiono tuttora senza aver mai sofferto la minima malattia. Mia madre, ora morta, fu una santa donna. La sua memoria l'avrò in eterna benedizione. Però essa non solamente fu religiosa, ma della religione fu fanatico all'eccesso. Essa in buona fede m'incassò tale malattia e questa fu una delle principali cause della mia rovina, come si vedrà nel seguito della mia dolorosa vita.

« Fui l'ultimo dei 10 figli. Ed appunto perchè ultimo fui, donna successe sempre, il beniamino di mia madre ed oggetto di particolare affezione delle mie carissime sorelle. Mentre i miei fratelli con mio padre si recavano in campagna a lavorare la terra, io, fino all'età di 12 anni, rimasi sempre in casa colle mie sorelle e con esse mi dilettao ad apprendere i lavori femminili, specialmente quelli all'uncinetto. In questo modo, sempre stando a contatto con femmine, m'insinuai di sentimenti femminili, che sempre mi sentiva delicato ed un'avversione decisa alla compagnia dei maschi che mi parevano essere grossolani e crudeli. Ricordo ancor adesso benissimo che all'età di 3 anni non volevo assolutamente indossare i calzoni, ma volevo continuare a portare la gonna per essere simile alle mie sorelle. Non merito mai di casa senza essere accompagnato da mia madre o dalle mie sorelle ed infinite volte sentii a fermi in faccia che il mio sguardo e l'espressione del volto m'indicavano più femmine che maschio. Quelli che facevano esplodere la mia avversione sessuale, mi rincorsero il diavolo, fu mio padre. Ecco come. La mia famiglia fu benestante, ma però appartenente alla classe dei contadini. L'inverno lo passavano nella stalla, dove vi erano bestie feroci. Mentre tutte le persone della famiglia, ed io pure, uravano nella predetta stalla e si passava la giornata in conversazione, mio padre, uomo proprio grossolano all'eccesso, allorché si sentiva voglia di urinare, si ritirava in un angolo e soddisfaceva alla necessità naturale. Non si vedevano le sue parti genitali, perchè ci volgeva il dorso, ma si vedeva tutta la sua persona nel compiere quest'atto. Al veder questo i miei organi sessuali ne ricevettero un'orrenda scossa ed io ebbi l'urto. In seguito, ogni qual volta vedeva mio padre urinare, desideravo vedere il suo membro virile. E questo fenomeno patologico, sorto da così piccolo fatto, sempre andò pagliando

maggior conoscenza, poiché dopo desideravo anche vedere i genitali di altri uomini maturi, se per caso, andando al passeggio per il mio paese, li vedeva nell'atto di orinare.

« Mio padre fu troppo amante dei suoi figli e quindi non poté aver voluto recarmi danno così grave col suo poco riguardo al pudore del suo figlio adolescente, ma benché involontariamente fu proprio lui che accese in me l'impura fiamma. Questa è anche la causa per cui ebbi sempre in seguito una specie di avversione verso mio padre. Mio gli perdono l'orrendo male che mi fece, in questa autobiografia desidero soprattutto essere veritiero, perciò contro la censura verso mio padre sta una gravissima obbligazione ed è che anche i miei tre fratelli volevano imitarmi e se mio padre orinante, e ciò non osante essi non sono punto incontinenti sessuali, stando all'apparenza. Difetti sono ammantati ed hanno figli. Il che vuol dire che in me vi era una latente disposizione a contrarre la miseranda malattia.

« A cominciare dagli 8 anni frequentai le scuole comunali del mio paese e fino agli anni 12, in cui interruppi gli studi elementari, non mi affezionai mai ad alcuno dei miei compagni di scuola e neppure mi sentii sessualmente trasportato verso qualcuno di loro. Fino al 12.^o anno d'età l'unico desiderio sessuale era vedere i genitali di uomini che oltrepassassero almeno i 20 anni. L'accio rilevare tale circostanza, perché si avvera in me il detto che *tempora mutantur et non mores* come alia. Infatti, dai 12 anni in poi i miei gusti sessuali s'aggararono e s'aggarano tuttora solamente attorno giovani. Dapprima mi piacevano quelli affatto imberbi dai 12 ai 15 anni, ora poi mi diletto esclusivamente di giovanetti dai 17 ai 20 anni, che abbiano la virilità bene sviluppata e che siano berli senza barba, ma che abbiano il pule coperto di peli.

« In famiglia dormiva con un mio fratello più vecchio di me di 5 anni. Benché a contatto con lui, per molto tempo non mi sentii portato per lui. Ma una notte d'estate lo vidi scoperto e potei contemplare i suoi genitali a mio agio. Fu per me una vera disgrazia, poiché in seguito sempre lo palpai oscenamente. Tali furono i miei poteri ventri fino ai 12 anni.

« Qui interrompo un momento il racconto dei miei dolori per esporre il mio parere sull'origine della mia inversione. Io sono maschio in tutta l'estensione del termine, perché nell'atto sessuale desidero la parte del maschio. Vorrei che il giovanetto che mi concede i suoi favori avesse davanti la vagina per unirmi a lui come con una donna. La mia anomalia consiste solamente in ciò che desidero sfogare la mia passione su maschi e non su femmine. E ciò avviene perché al mio spirito, dai più teneri anni fino al momento in cui scrivo, non si presentò altro oggetto venereo che le parti genitali maschili. Al mio spirito non diedi in possesso altro oggetto che il maschio. Posso dire con tutta verità che le parti profunde femminili non le conosco. Quindi è troppo naturale che la mia sessualità si sia sviluppata sull'unico terreno conosciuto del mio spirito. Nella mia ignoranza di psicopatie sessuali non trovo ragione più persuasiva della mia anomalia. Se a 12 anni io avessi praticato fanculle ed una lunga dimestichezza con loro m'avrebbe dato occasione di vedere qualche volta le loro parti genitali, come contemplai disgraziatamente quelle di maschi, se sarebbe accesa anche in me la fiamma normale per le donne. Tal fatto io lo dovrò rampangere per tutta la vita.

« I miei genitori, vedendomi fanciullo delicatissimo, non vollero che interrompessi gli studi per attendere ai lavori dei campi, ma mi mandarono a compiere gli studi ginnastici nel collegio, dove fui collocato al

convitto vescovile. La morigeratezza è l'atmosfera religiosa che regnava in quell'istituto: fecero scomparire in me ogni moto, ogni tendenza verso le funzioni sessuali. In quel convitto vissi due anni e sotto forse i migliori di tutta la mia vita. Quel convitto era retto da degnissimi sacerdoti, i quali m'interventarono in modo straordinario delle cose di religione. Ma la religione non poté competere in me la forza della natura e la mia passione pigliò un'altra forma. Fra gli altri convittieri vi era un bellissimo giovinetto dai capelli biondi. Presentemente quel giovinetto è Deputato alla Camera italiana. Orbene, per questo giovane contrassi un'affezione sensuale. Posso giurare che non ebbi mai verso di lui il menomo desiderio cattivo, ma volevo sempre stare con lui e mi dicevano a scrivergli lettere segrete. Egli però non mi rispose mai e l'unica soddisfazione che mi accordò era di trascorrere a colloquio con me. Come dissi sopra, passai nel convitto vescovile del capoluogo due anni, e dopo compi i miei studi ginnasiali e liceali in tre altri convitti, dove contrassi parecchie affezioni sentimentali sempre scevre di disordini lufidinosi. Però finito l'anno scolastico, io mi recavo in famiglia a passare le vacanze. Nel corso di esso diemmi movimento col mio fratello e quindi nuovamente focosamente illeciti?

« Compiuto il 20.^o anno di età mi toccò prestare il servizio militare. Fui iscritto ad un reggimento di cavalleria che aveva stanza nel Sud. Potrei dire sentii la medesima esagerazione che fino a quel tempo non aveva conosciuto la vita del mondo, perché fino allora io era sempre vissuto in convitti, che non avevano il menomo contatto colla vita esterna. Sotto le armi il mondo mi fu svelato, ma nel suo aspetto il più rifiutante. Appresi per la prima volta che vi erano case dove donne degradate fanno commercio del loro corpo. Sentivo poi soldati sboccanti i quali narravano le loro imprese di Venezia con un linguaggio degno di loro. Ciò influì a farmi considerare il coito colla donna come una cosa nauseante. Io sempre m'allontanavo dalla donna. Se mi si fosse presentata l'amore della donna sotto il suo aspetto poetico, forse questa sarebbe stata la volta che il mio istinto sessuale avrebbe potuto trovare il suo corso normale. Invece, al sentire dai miei camerati tanti sudici racconti, e nel vedere molto spesso schifose malattie contratte con donne pubbliche, provai un vero moto repulsivo ed il mio male s'inciperì. M'innamurai d'un soldato napoletano, col quale potei giacere insieme per tre notti, mentre la mia batteria stava al campo. Il mio divertimento fu toccare il mio camerata mentre esso dormiva.

« La vita militare mi fornì ancora un'altra occasione per sfogare la mia passione. Per essere congedato il mio reggimento mi mandò al Distretto Militare di dove incontrai un soldato di fanteria che doveva perimerente essere congedato. Compiuta la formalità del congedamento, questo soldato ed io fummo inviati al capoluogo d'origine dove dormivamo in un albergo e nella stessa camera e nello stesso letto. Quello che successe tra noi due non dovrei dirlo. Dirò solo che per quasi tutta la notte abbiamo sperimentato Venere sotto tutti gli aspetti, non escluso il pedinismo, benché non vi siamo riusciti. Fu una vera notte di S. Valpurga, come quella descritta nel Faust di Goethe. La mia mente conosce benissimo che quella notte fu un'infamia, eppure il mio senso depravato la ricorda ancora con una specie di voluttà. Allora avevo 22 anni. Cosa incredibile, fu la prima volta che ebbi la polluzione, cosa che mi maturai. E non mai aver sofferto la menoma perdita sessuale fino a quell'epoca conferì potentemente al regolare sviluppo del mio corpo ed a darmi quella robustezza, di cui godò intiera, non avendo i disordini sessuali

che dirò subito. Poiché la notte predetta fu quella che mi aprì il Varco ad ogni sfrenatezza. La mia vita dai 23 anni ai 40 fu un continuo intrecciarsi di fantasie maschili e di polluzioni o volontarie nella veglia o involontarie durante il sonno.

« Ritornato in seno alla mia famiglia, pensai di continuare i miei studi e m'iscrissi alla Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Napoli, dove rimasi 4 anni. Ero nel secondo anno, quando fui invitato ad assumere in casa della cottaia L. l'istruzione di un suo figlio di 12 anni. Era un bellissimo adolescente di forme veramente femminili. Io pigliai subito confidenza con lui, ed egli subito mi manifestò i suoi sentimenti che sentiva. Un giorno, mentre eravamo nel giardino, mi si accosta e mi dice in tutta confidenza:

— « Senta, signor N. N., io vorrei dirle in segreto una cosa.

— « In pace, caro mio.

— « Io ho desiderio di partorire.

— « Ma sai che vuol dire partorire?

— « Sì, lo so, perché ho letto la spiegazione nel vocabolario.

— « Ma sono solamente le donne che possono partorire.

— « Ma lei m'indichi un mezzo per avere anch'io il feto nel corpo.

« Lo si crederebbe? Dopo altre domande e risposte venni a conoscere che questo giovane aveva desideri pederastici con me, uccidete i quali egli sperava divenir gravido come una donna. Mi raccontò inoltre che due anni prima egli si divertiva pederasticamente col figlio della sua cuoca. Io naturalmente lo dissi da idee così strane, e siccome io pure ero avvagliato di lui, ci divertimmo queste volte insieme facendoci vicendaevolmente il peso. Non dico omettere che la relazione con questo giovane fu molto disgraziata, poiché esso finì col raccontare ogni cosa alla madre, il che valse il mio licenziamento da quella mobile casa.

« Nei due anni seguenti dell'Università non succedettero altri fatti riguardanti la mia passione, la quale io sfrenatamente sfogavo da solo tutte le notti. Ciò mi cagionò una tale debolezza da giungere al punto di non digerire più nulla e la mia ordinaria e pessima digestione non si altro non poteva pigliare il più breve sonno senza che succedesse la polluzione. Il mio appetito divenne cadaverico ed oramai mi credevo sull'orlo della tomba.

« Ottenuta la laurea in Lettere, mi si aprivano due vie per la mia carriera: o servire il governo, o insegnare in istituti privati. Scelsi quest'ultimo partito, per non espormi al pericolo d'essere destinato in città lontane dal mio paese; ed insegnai in un collegio religioso di . . . per ben 5 anni, nell'ultimo dei quali mi fu affidata la 2.^a classe ginnasiale. Avevo in classe 13 alunni, fra i quali un certo Giovanni, figlio di un postattiere. Questo ragazzo non aveva che 14 anni ed era d'indole vivacissima. Io ne fui subito colpito. Fui impudente, e non curando di trar vantaggio dal doloroso passato, chiusi gli occhi innanzi all'immense baratro che mi si spalancava sotto i piedi. Cominciai a chiamare al buio quel povero giovane ed a cuzzolarlo in modo scetnevole.

« Così la passione cominciava ad accendersi, ed accesa, la alimentai talmente che più non fu in mio potere di spegnerla. Quanto abbia io sofferto in quei giorni Dio solo lo può sapere ed immaginare. Si era alla fine dell'anno scolastico e precisamente ai primi di luglio. Un giorno, dietro mio incarico, il ragazzo mi portò in camera parecchi libri. Disgraziato momento! Lo feci sedere sul sofà e lo tocai ingiuriamente. Tale lacerante minaccia fu ripetuta da me altre due volte. Quel giovanotto

io fu orrendamente impressionato, raccontai l'accaduto ad un compagno, il quale, per una sua imprudenza, fu causa che lo supesse anche un altro alunno della mia classe, il quale era invidiosissimo dei segni di benevolenza particolare ch'io prodigavo al primo. Quell'alunno invidioso si accinse subito dell'arma ch'io stesso gli fornii: andò a riferire ogni cosa al direttore ed io fui costretto, al prossimo chiudersi dell'anno scolastico, a dare le dimissioni.

« Fra le tante sventure che hanno martirizzato la mia esistenza, questa è senza dubbio la più grave: anzi dirò che fu tanto grave, che da quel momento in poi, pace del cuore, calma di spirito, esalarono dal mio tetto e non vi ritornarono mai più. Per me felicità divenne un vocabolo privo di senso. Ebbi ancora nel vocabolario, ma non può più avere oggetto che le corrisponda. In questa circostanza ebbi occasione di constatare quanto di fiele s'annida nel cuore degli uomini. Io ero già abbastanza punito della mia colpa scoperta. Ma di questo altri non s'appagò. Si manifestò a tutti i miei colleghi ed amici il mio travagliamento, si creò uno scandalo artificiale ed io fui costretto a lasciare la città che mi era sempre stata il più caro soggiorno.

« Pieno il cuore d'immensa tristezza abbandonai il Sud ed andai ad insegnare in Ginevra pareggiati lontanissimi. Inoltre erano Ginevra e tutti gli corporazioni religiose, situati in piccolissime città, quindi non ebbi mai occasione di appagare le mie tendenze. E queste, anziché venir repressi dalla lunga astinenza, s'ingigantirono. Questa vita di forzata astinenza, compensata unicamente da un «stanismo» sfrenato, durò altri 4 anni. Ma ormai non ne potevo più. Perciò ruppi ogni laccio: abbandonai la carriera dell'insegnamento e mi stabilii in Firenze per godere di una vita affatto indipendente. In questo modo potei abbandonarmi alla mia passione la quale mi condusse ad eccessi e pericoli gravi.

« Sono già 5 anni che io abito in questa Atene italiana. E dovrò narrare i miei disordini? L'esporre non sarà forse un delitto? Ma siccome io scrivo non già per passare una curiosità morbosa, ma per fornire all'uomo e scienziato primo, che ha il nobile incarico di redimermi, tutti i dati perchè egli conosca l'origine e lo sviluppo del mio male, e così meglio lo possa guarire, così io, per fargli raggiungere questo santo fine, esporrò tutte le mie miserie, procurando almeno di dire nettamente quello che è eminentemente laido.

« Prima di recarmi in Firenze passai le vacanze estive, cioè i mesi di agosto e settembre, in.... Qui trovai un garbatissimo giovane di 18 anni, scrivano nella Cancelleria del Tribunale. Il fare spigliato e lo spirito fero di questo giovane m'attrasse subito a sé: ne fui invaghito. Volevo assolutamente vederlo, ma siccome egli aveva tendenze normali ed amareggiava con una giovane, così non volli compromettermi e mi contentai di sottostare al supplizio di Tantalo vedendolo ogni giorno quel scostissimo frutto, senza gustarlo mai. Ma venni via da quel paese colla disperazione in cuore.

« Stabilitosi in Firenze, mi provvidi di una bicicletta e percosi all'impazzata tutti i dintorni di Firenze. Si sa che in Firenze vi è una passione grande pel velocipede, specialmente nei giovani. Quando questi sono di bassa condizione e non possono procurarsi lo spesso di questo agile veicolo, ricorrono alla cortesia di chi l'ha. Giovantoni di questa felice condizione, impesti a parecchi giovani la mia bicicletta ed essi in ricompensa permettevano ch'io mi trastullassi con loro. Così feci parecchie compilate. Fra gli altri conobbi un giovane, Luciano S.,..., troppo dissoluto per la sua tenera età di 17 anni. Egli aveva ogni malizia. Venne a

trovarmi, si coricò nel mio letto, passammo la notte insieme, godendo di tutti i piaceri, non escluso il pederastico, benché molto incompiutamente. A farla breve: in Firenze ho fatto 32 conoscenze di giovani dai 17 ai 18 anni. Confesso di essere alquanto meravigliato di sì profonda degradazione. Imperocchè si ha sempre un tantino di compatimento anche innanzi ad atti di accidia Vesuvia, quando vi concorre la circostanza di una prepotente passione; al contrario ho dovuto toccare con mano che tutti i miei complici, eccettuati due, si peccarono al pericolo della mia passione unicamente per denaro. Sono veri puttanelli discesi al grado delle pubbliche prostitute. Io stesso che li ho goduti ho per loro un profondo disprezzo. Come giovani normali hanno dovuto superare un buon grado di ripugnanza per contentare le mie voglie. Quindi posso concludere che il mio amore non fu quasi mai corrisposto.

« Come si vede, la mia vita è stata ed è presentemente un intreccio ad un succedersi continuo d'infievoli dolori. Non nego d'aver goduto parossismi voluttuosi, ma se si tirano le somme, lo soffrimento superava di gran lunga i godimenti. La mia vita fu disgraziata e doveva essere così. Ricordo benissimo che nel mio 13.^o anno d'età si era svegliata in me una salutare tendenza per la donna giovane. Era un amore purissimo, ma era vero amore. Era per me una vera gioia il ballare con ragazze. Il loro atteggiamento mi esaltava. Ma dopo il 13.^o anno fui mandato agli studi in un convitto religioso, dove mi fu proposto come modello da imitare la Madonna Vergine, S. Luigi, S. Stanislao Kostka, dove si diceva ogni giorno: « beati coloro che non sanno gli stinchi della carne » e si manteneva puro ». Tale ambiente fu per me una peste mortale. Nella mia supina ignoranza di cose sessuali m'immaginavo che la donna si fecerifosse stando nel letto accanto al marito per puro calore naturale senza la minima unione. Ebbi idea dell'unione sessuale all'età di 17 anni vedendo due casi unirsi sulla pubblica piazza del mio paese, mentre io ero in vacanza. Ma siccome io in quel tempo ero già invaso dalle idee di castità e verginità ispiratemi dai sacerdoti, e soprattutto da idee omosessuali, così quell'atto, anziché injuriarmi alla vita normale, m'ispirò orrore e maggiormente mi respinse dalla donna.

« Quale fu il risultato della mia falsa educazione? Diametralmente opposto a quello profisso. La passione erotica, che si voleva reprimere, esplose in modo violento ed in modo anormale; il mio carattere s'indebolì ed io sono incapace di farti propositi. Non ho mai avuto la tentazione d'accidermi. Ci vuole una forza d'animo molto maggiore della mia, perchè io possa scartata molti cose, ma molte volte mi sono già angustiato che Dio ponga fine ai miei giorni. Tal favore egli non mi concede, perchè crede senza dubbio ch'io non sia ancora sufficientemente punto. Ma mi confecto pensando che tutti i più miei peccati giurerei se hanno vera volontà di guarire. Sempre mi ricordo la bella scena espressa nel 4.^o canto dell'*« Eneide »* di Virgilio. La sorella Anna, esortando Didone a contrarre nozze le dice: « solane perpetua miseris carpere inventa, nec dulcis ratio, Veneris non proxima nocet? ». Il malissimo rimprovero nuovo a me « spero di giungere a quella meta, a cui spero coi voti più ardenti dell'anima mia ».

« A quanto ho detto sopra devo ancora aggiungere alcune parole sul modo con cui sfogo i miei desideri illudinosi. A me piace far la parte maschile e di notte, masturbandomi, sempre m'immagino d'aver sotto di me una donna. Quando ho poi sotto di me un bel giovinetto mi produco l'iriaculazione conficcando fra le cosce di lui, solidamente strette, il mio pene. Sempre gli dico, durante quest'atto, essere mio vivo rimproverimento

ch'egli non abbia una vagina al par delle donne, per poterghisi introdurre con mia somma voluttà. Molto spesso però giungo anche all'emissione dello sperma confricando il mio pene con quello del mio compagno. L'atto pederistico non mi dispiace, ma non ne sono addirittura ghiotto. Il passivo invece mi ripugna e non lo concessi mai a quanti ne lo hanno chiesto.

I Metti degli scrittori moderni danno la taccia di menzognero alle autobiografie omosessuali, specialmente a quelle raccolte da Krafft-Ebing. Quanto alla mia posso assicurare che è perfettamente conforme alla verità. Nel rivelare tutte mie obbroscive azioni non fui mosso dal desiderio di cicalare, anzi ho dovuto fare un grande sacrificio di amor proprio.

Il 12 agosto del corrente anno alle 11 poi, ero a sentire il concerto in piazza Vittorio Emanuele. Mi si accosta un giovane che per un anno stette in una bottega di scultore, la quale era sita al piano terreno della casa ove io alloggiavo. Parecchie volte, durante quell'anno, ebbi occasione di parlare col predetto giovane, il quale mi era assai geniale, ma tutto finì lì. Non vi fu la menoma domestichezza. Avendolo poi io cambiato alloggio, non rividi più il predetto giovane che la sera detta sopra. Lo salutai e lo condussi al caffè, dove ci trattammo qualche poco. Egli mi accompagnò fino a casa e non vi fu tra noi due il menomo tratto cattivo. Io però m'accorsi subito che questo giovane (aveva 17 anni ed è nativo di...) voleva divertirsi con me, ma ciò non ostante non lasciai intravedere d'aver capito le sue intenzioni. Ci rivedemmo due giorni dopo e passammo la serata al caffè sito sul piazzale Michelangelo. Si discusse di un'infinità di cose; egli mi espresse il desiderio d'apprendere la lingua francese ed io mi dissi disposto ad insegnargliela. Mi accompagnò nuovamente a casa e si convenne che la domenica seguente egli sarebbe venuto a trovarmi alle ore 4 poi, per incominciare il nostro insegnamento. Venne, ci sedemmo accanto, si bevve un flasco di vino e della lingua francese si parlò poco o nulla. Egli mi rivelò le ginocchia nel sedersi affinché io avessi agio di palparle nelle parti paduche, il che io feci colla massima voluttà. Così si ruppe il primo ostacolo del pudore e convertimmo di metterci a letto, dove compiemmo scambievolmente il coito introdurrendo il pene l'uno nelle coscie dell'altro e leggendo storie oscene di omosessuali. Questa fu l'ultima ridia venera, ch'io ebbi con questo simpatico giovane, il quale non venne più a trovarmi in casa. Avendolo incontrato parecchie volte in Firenze e domandategli il perché della sua prolungata assenza, prima mi addossò scuse apparenti e poscia mi dichiarò apertamente ch'egli sente unicamente amore per le donne e che s'indasse a fare atti sessuali con me unicamente perché, trovandosi in bisogno, sperava ch'io largamente lo soccorressi. Nello stesso tempo mi dichiarò ch'egli ben volentieri continuerebbe ad essermi amico di un'amicaia pura, ma che non si presterebbe mai più a concedermi i favori del suo corpo.

Mentre non mi destinai alcuna capofila a 32 giovani con cui ho avuto contatti venerei, anche se li incontro in strada, di questo mi sono innamorato positivamente. La sua immagine mi ha incisa talmente che io non posso più rasciarla dalla mia mente. È una vera ossessione. Ieri questo giovane mi scrisse un biglietto, ed io, nel pigliarlo in mano, ebbi una potente erezione. Ha ciò sì giulista la violenza della mia passione. Questo giovane per me è un Dio: la cosa più bella che sia in Firenze. Vorrei essere in tutto simile a lui e trasformarmi in lui. E siccome egli non sente che l'amore normale, ciò eccitò in me prima la rabbia, dirò

di più, un vero fariseo per non poter godere quei piaceri di cui egli gode con tanta voluttà, e poi fece nascere in me la somma di mettermi anch'io sulla via sessuale regolare a qualunque costo. Però, l'aver preso questa santa risoluzione, mentre il mio cuore è pieno di questo giovane, costituisce un serio ostacolo, perchè la mia mente, invece di applicarsi alla rappresentazione del coito femminile, involontariamente si porta sulle parti vergognose di questo giovane e ricorda l'ineffabile voluttà che esso mi hanno procurato».

Consigliò a questo uranista ostinato di trar partito dalla sua non comune «scitabilità» e infaticabilità nell'esercizio delle funzioni sessuali per cambiarne la direzione dopo un periodo di forzato riposo. Egli doveva accostumarsi alla familiarità con donne facili, non troppo rotte e di carattere bonario. Se l'attimo fuggevole dell'atto normale avesse mancato d'incanto, la consegna era di pazientare, assecurando i nuovi ricordi erotici finché acquistassero nella memoria il fascino dei ricordi senili. Stralcio dal carteggio di N. N. alcune fasi che rivelano l'esito di questi tentativi.

9 ottobre 1901. — Dopo alcuni insuccessi e successi parziali, N. N. riporta in questo giorno una «strepitosa vittoria». Ma per quanto indolenzito, mi scrive: «Ho provato voluttà? Disgraziatamente no. E questo mi accora orrendamente. L'atto normale non mi ha cagionato ripugnanza, come pretendono Krafft-Ebing, Möll e Schrenck-Notzing, ma neppure piacere. Fu come se avessi introdotta l'asta in un buco della materassa».

12 ottobre 1901. — Notizia d'un insuccesso (l'inferno ha adottato una tattica troppo precipitosa e senza i necessari intervalli). «Se mi guarirò, come spero. Ella avrà reso un insigne beneficio a me ed alla società di cui sono un membro inutile e curioso. Desidererei che la S. V. mi desse dei disegni anatomici piuttosto in grande delle parti genitali della donna, perchè ignoti nella capote» (17).

16 ottobre 1901. — Dopo una cura lenitiva N. N. si compiace di resistere alle tentazioni omosessuali e s'illude d'essere arrivato allo stato d'imparzialità tra i due sessi. «Dunque il terreno è affatto sgombrato per immeritare l'amore normale: ci vorrebbe l'ipnotismo».

7 novembre 1901. — Un passo indietro: per vincere la battaglia e garantirsi l'erezione, N. N. ricorre ad un alleato maschile, che fa uso di pretesina nel talamo e si offre, terzo ma non incomodo, come un talismano venuto contro l'impotenza. «Se non vi fosse stato costui, sono persuaso che avrei dovuto contare un insuccesso di più».

10 novembre 1901. — «In una sola notte compii il coito (normale) 4 volte. Ma l'erezione fu meccanica. La donna non esercita sul mio senso venereo la minima impressione. Il suo contatto corporale è di marmo. La mia immaginazione non sa trovare un mezzo che mi dadi il necessario orgasmo verso la donna».

24 novembre 1901. — «Provai durante la copula un ineffabile piacere; ma l'erezione, se non fu meccanica, ebbe luogo per uno sforzo della mia volontà».

28 novembre 1901. — «Mi trovo in questa strana condizione. Avendo gustato per sette volte il coito normale, provai in esso una sensazione voluttuosa immensamente maggiore di quella provata a contatto di giovani maschi. Ma questo piacere fu circoscritto al seno del tatto. Il mio spirito non sentì la minima eccitazione. L'orgasmo venereo proviene da immagini estranee alla donna: quindi la mia fu un'ibrida operazione. Tutto l'opposto mi succede per rapporto al sesso maschile. La sola vista di giovanetti maschi dai 17 ai 20 anni mi cagiona violento e noioso ere-

zioni che durano lunghe ore, ma poi, quando mi trovo a contatto con essi, i miei organi genitali, dopo che hanno provato il coito vaginale, trovano una soddisfazione molto magra, direi quasi insipida. Perciò eccitazione psichica e soddisfazione sessuale non sono più in corrispondenza fra di loro. È un nuovo genere di tormento che mi procura quel Dio crudele che m'ha creato ».

21 dicembre 1991. — « Nonostante tutti gli sforzi, non potei procurarmi l'erezione. L'ambiente era diverso da quello tranquillo della mia stanza e bastò questo a mettermi nell'animo il dubbio e la trepidazione ».

Qui si arresta l'epistolario di N. N., che si non aveva provocato e a cui non diedi alcuna risposta, ignorando persino il suo nome. Non lo vidi che tre volte a casa mia, non l'ho mai incontrato per strada; non so che fine abbia fatto. Si è corretto? È diventato un bisessuale? Si è convinto che non esiste un'etica sessuale ed è tornato all'omosessualità? Forse è questa la soluzione più probabile. Il passato erotico di N. N. è troppo lungo: con quello stato di servino omosessuale, come tentare la soppressione d'una nuova coscienza erotica?

CURA E LEGISLAZIONE.

Malgrado il dubio successo della cura olandese, io credo che l'addestramento al coito normale con l'altro sesso sia l'obiettivo più pratico e più salutare che si possa suggerire ad un universo anche se per arrivare della pengliersi nei tristi dell'umor mercuriale. RAFFAELINI è d'avviso che questo tirocinio non sia inutile; che l'autolesione della fecundazione perda ogni sapore e, quasi si direbbe, ogni scusa se non è accompagnata da quell'obliquità estetica e spirituale che incide la sua brutalità; e che l'alienista debba piuttosto riflettere all'invertito l'abito elevato della castità. L'amore non è cosa che si possa insegnare: se si toglie l'impeto e il fascino della sua spontaneità, diventa un atto osceno. Ma chi potrebbe asserire che gli uranisti, specialmente se giovani e fantasmi, siano insuscettibili di totale emenda? La loro persistente repulsione dall'interessualità non ha spesso altra causa che il preconcetto dell'impotenza: prima di condannarli alla castità, è umano tentare di schiarirli nell'essenza regolare della mediocrità fisiologica. A questo scopo si daranno all'uranista consigli pratici che lo preservino dai pericoli d'una tattica troppo audace e silecita, che potrebbe portare ad intacchi e diluizioni, come pure dal fatalismo disperato dell'inazione. Prima di tentare il coito normale bisogna che l'uranista attenda il nascere d'una simpatia interessuale e che si metta in condizioni favorevoli per farla nascere senza violentare il proprio temperamento.

Si parlo di modificare a beneficio degli uranisti le disposizioni punitive di parecchi tra i codici europei, come il germanico e l'austriaco. Perché l'omosessualità non sia erismata in pubblico o imposta con atti di corruzione e

di seduzione, è inutile reprimersela severamente. Ma sarebbe altrettanto inutile e ridicolo riconoscerla come un'abitudine legale e legittimabile a tentare di quanto propone Unkitch.

Feticismo.

Col nome di feticisti BINET designa solitamente quegli individui che nelle loro infatuazioni amorose, in luogo d'inspirarsi ad un criterio estetico d'insieme o ad un grossolano edettismo, non riconoscono altra attrattiva che quella d'una impressione analitica o stereotipata, ma sempre d'ordine estetico. Il loro ideale erotico è spostato non già sul proprio sesso, come negli invertiti, ma dal tutto ad una singola parte, che è sempre la stessa: è dunque un processo mentale di *zwaardooshe*. Veramente questa lavoro di snaturazione non è una singolarità dell'eroticismo morboso: esso costituisce la forma ordinaria del nostro pensiero qualunque sia l'argomento a cui si rivolge. Il pensiero è sempre eminentemente analitico e invece di riunire le cose percepite confesse sono, cioè integralmente le lo potrebbe con lieve sforzo), preferisce per brevità d'assumerne un simbolo, un elemento staccato, un connotato qualunque che basta a richiamarle e a coordinarle: oppure sostituisce all'immagine parziale dell'oggetto qualche cosa di estraneo che gli corrisponde, una specie di controsegno, per esempio un'immagine verbale, il suo nome (v. cap. V). Anche in amore si contano all'infinito i simbolisti, i particolaristi, i feticisti che restringono il loro stesso a pochi elementi isolati della bellezza umana; e di quei pochi elementi si compiaciono: e di essi vanno in traccia per appagare pienamente l'istinto della generazione. Questo godimento estetico è la condizione necessaria, specialmente nel sesso maschile, per l'attuazione del contatto materiale. Ora un grado moderato di feticismo erotico è perfettamente fisiologico, e la psichiatria non ne contesta il diritto alle persone normali. Vi sono armonie antropologiche di cui noi sappiamo rendersi una ragione esatta, ma che si intuiscono e che giustificano il nostro simbolismo. Come dall'aspetto fisico indoviniamo o ci fidiamo d'indovinare il carattere morale e leggiamo sulle virtù in un bel viso di donna, così nell'osservanza d'alcuni requisiti corporali possiamo intravedere la perfezione estetica e morale dell'esistente. Malgrado le diversità individuali dei gusti che fanno cambiare il punto di partenza, tutti gli uomini cominciano ad innamorarsi d'un connotato preferito e da questa idealizzazione parziale arrivano gradualmente a quell'ammirazione completa ed incondizionata da cui nasce l'attrattiva amorosa.

Ma vi è un feticismo *parafisiologico* che non è compatibile con la normalità e che consiste nell'idolatria cieca, esclusiva, intransigente per una

parte del corpo unica, poco essenziale e priva di rapporto sia con l'atto sessuale, sia col valore complessivo della persona amata sotto l'aspetto estetico. Il feticismo parafisiologico frastorna l'atto solenne della scelta sessuale e getta il feticista intransigente in braccio ad amori inadatti ed inferocidi che non hanno più nulla di comune con la generazione. Bourc descrive gli idoli della bocca, delle mani, dei piedi, della suola, della trecca, del seno, della voce, che tollerano la bruttezza della faccia, del corpo e dell'intelligenza purché il loro gusto particolare sia rispettato; e nel loro feticismo non dimostrano una semplice predilezione, ma un'assoluta esclusività. Probabilmente questi simbolisti ad oltranza completano con la fantasia la visione dell'insieme senza curarsi affatto dei contrasti ch'essa trova nella realtà. Non così i simbolisti normali che intorno allo splendore d'uno sguardo soave esigono almeno una certa intonazione di linee e di colori. Il particolarismo dei feticisti giunge invece a tal segno, da rinchiusersi o casualmente o sistematicamente persino nell'orbita dei rapporti omosessuali: così il feticismo si associa qualche volta con l'uranismo e ne raddoppia la mostruosità.

Un passo più in là e dal feticismo parafisiologico si arriva al/*feticismo* *antifisiologico*. L'ideale erotico è spostato dagli estremi confini del corpo umano a certe particolarità extra-territoriali: all'acconciatura, al vestito o ad una parte del vestito, per esempio alle calze. Queste appendici esterne della persona umana sono coefficienti erogoni anche nelle crescenze normali perché a dire il vero non sono destituite d'ogni significato estetico: in realtà anche gli indumenti hanno un valore indicario — ci dicono il gusto, la classe sociale, le abitudini, l'età, il sesso, le tendenze di chi ne è adornato. I prodotti sono afrodisiaci riconosciuti, ancorché artificiali. Ma nessuno di questi requisiti incorporei è impersonali, per quanto suggestivo, può assorbire da solo tutto l'interesse erotico, né suscitare l'orgasmo venereo, né chiudere gli occhi sulla personalità somatica e psichica che ne va rivestita, se non preesista un'anomalia degenerativa dell'intelligenza o del carattere. I feticismi antifisiologici straggono completamente dal corpo umano: mangiano il piatto e non si curano della torta. Scholz narra il caso d'un negoziante, uomo ricco e distinto, che a 62 anni fu arrestato ad una stazione ferroviaria: aveva rubato un fazzoletto di seta ad un signore e confessò che se n'era impadronito per masturbarsi. Era figlio e fratello di bevinori e il suo feticismo sessuale s'era innestato sull'uranismo fin dalla remota gioventù. Nelle scuole aveva commesso due volte atti di libidine insieme ai suoi compagni; ammogliato da 17 anni, padre di 4 figli, in ottimi rapporti con la moglie, non aveva mai cessato di coltivare in segreto desideri omosessuali. Cercava d'avvicinare uomini prestanti, robusti e affidabili, sfogandosi poi con la masturbazione, ma

per provocare pienamente l'orgasmo venereo, bisognava che avesse tra le mani un oggetto di solette maschile appartenente all'uomo desiderato, per esempio un fazzoletto e meglio ancora un fazzoletto di seta. Il possesso furtivo del fazzoletto aggiungeva a questo anelito erotico il sapore del frutto proibito.

Ogni forma di feticismo intransigente, se non rende del tutto impossibile, compromette gravemente l'esercizio normale delle funzioni geniche perché abbandona la scelta sessuale in balia del caso. L'amore del feticista, peggio che cieco, è addirittura fuorviato e slealestrato da un'imitazione incongrua che ha perduto il carattere intersessuale e riduce la donna amata al ruolo d'un automa, d'una comparsa che non parla, d'una statua senza vita. Il feticista, invece di tirare al bersaglio fisiologico, mira allo staccato e finisce col dimenticare che il bersaglio esiste o perde addirittura la capacità di colpirlo. E il timore di questa impotenza mantiene e accresce forza alla propensione viziosa.

Come l'inversione sessuale, il feticismo nasce nella prima adolescenza da un'immagine erotica che si presenta forse per caso e che per diritto di priorità acquista un'egemonia duratura. Tra quell'immagine afrodisiaca e l'orgasmo venereo si stabilisce una rima obbligata, un'ancoratura mentale, un rapporto di necessità che esclude ogni altro rapporto. Talvolta non è un requisito corporeo o una parte dell'abbigliamento, ma l'immagine d'una posizione plastica che diventa simbolo dell'erosismo. Anche in questo caso si verifica un processo di simbolismo erotico perché una rappresentazione particolare stereotipata e simbolica rimpiazzia in sé stessa il monopolio dell'eccitabilità sessuale. La rappresentazione afrodisiaca può ridursi ad un atteggiamento materiale od anche ad una posizione morale che simboleggia i rapporti dei due sessi durante la copula o un singolo aspetto di questi rapporti. Il simbolismo erotico si concentra o sulla posizione della propria persona o su quella del partner. Tutte le forme sicche dell'amore si rispecchiano nelle rappresentazioni afrodisiache dei simbolisti: l'aggressione, la seduzione, il soggiogamento sanguinoso nel loro aspetto attivo o nel loro aspetto passivo, dal punto di vista del violentatore o da quello della vittima.

Il masochismo è la volontà della sottomissione agli sfregi, agli speri, alla flagellazione, che spinge fino ad assumere le funzioni passive d'un orinale vivente. Il sadismo è la volontà della violenza dal punto di vista dell'aggressore con finzione scenica di stupri e carnificina o con ausiliari reali o con massaggi completi. La difficoltà di poter soddisfare tendenze di questo genere, che oscillano tra il ridicolo e il criminale, obbliga i malati a comprimerle in modo ch'esse acquistino a lungo andare il carattere d'un impulso insensibile aggravato dal preconcetto dell'impotenza all'a-

more fisiologico. Il disgusto teorico che sentono i masochisti per la sconcezza, l'orrore morale che provano i sadisti per la violenza non bastano a spogliare le loro rappresentazioni afrodisiache del loro fascino, ma valgono piuttosto a provocare il sentimento del contrasto che alimenta i dubbi e crea lo stato d'incoscienza psichica. Così il sadismo e il masochismo assumono la veste dell'ossessione; ma in tal caso è ben difficile che si traducano in atti. *Coleleri* rimasero nelle crenache giudicare i crimini sadistici di Jack lo squattratore, di Vachet e di Verzeni.

La più ripugnante varietà del sadismo, ma non la più criminale, è la necrofilia, ossia lo sfogo della libidine sui cadaveri. Come le altre forme di sadismo, anche questa si riscontra il più delle volte in individui deformi od idioti od epilettici od uno stadio infimo di moralità e d'intelligenza. Se poi l'intelligenza è ordinaria e quasi normale, di solito è la deformità fisica la causa che può spingere alla necrofilia perché la morte e l'immobilità della vittima dispensano questi diseredati dalla ricerca d'un consentimento imperabile.

CAPITOLO XXIII.

L'immoralità costituzionale

L'immoralità costituzionale è il soggetto d'un capitolo crepuscolare e assai discusso nell'oscura patologia del carattere. Il carattere è l'arca santa del libero arbitrio; la fede nel libero arbitrio è l'anima del diritto positivo com'è oggi costituito; e i tutori dell'ordine sociale non amano di veder negato questo dogma *ex machina*, tranne nel caso di flagrante pazzia. Ora, le anomalie in genere del carattere o l'immoralità in specie sfuggono spesso anche agli occhi più esperti a meno che una serie di stramberie o di misfatti non sopravvenga a rivelarle: è assai difficile valutare il movente delle azioni umane e provarne la morbosità, se dietro al movente affettivo non vi è un delirio o una deficienza intellettuale. Secondo MENDEL e RISSWANGER, per citare due alienisti contemporanei, la *patia morale* non è possibile che nei deboli di mente: imbecilli o paranoici. Eppure, il carattere è una funzione del cervello allo stesso titolo dell'intelligenza; e non si capisce perchè non possa alterarsi parzialmente o svilupparsi mostruosamente per cause materiali, come accade ad esempio nell'*insensibilità espiatoria*.

Non vi è dubbio che quest'anomalia affettiva si accompagna spesso ad aberrazioni e deficienze d'ordine intellettuale; ma essa non merita un'attenzione speciale e un posto a sè tra le degenerazioni mentali se non quando si presenta isolata o sotto forma congenita in individui d'intelligenza valida e completa. Può darsi che un imbecille, un paranoico, un isterico, un alcoolista, un epilettico, un maniaco, un melanconico, un paralitico, un demente senile, un vesanico, o perchè la psicosi è lieve o perchè è appena cominciata, conservino una certa lucidezza e svelino nonostante un'immoralità spaventosa di sentimenti e di condotta. In questo caso gli errori del carattere, quantunque sproporzionati all'insignificante disordine dell'intelligenza, vengono messi a carico dello squilibrio intellettuale; perchè le malattie dell'intelligenza propriamente dette sono riconosciute da tutti, mentre la questione se l'immoralità del carac-

tere un po' se stessa un fenomeno patologico o degenerativo è di quelle che, in teoria ed in pratica, presentano le più ardue difficoltà. Non vi è invece un sol moralista, per quanto antiquato, che esiti a concedere le circostanze attenuanti, dando un calcio al vecchio feticcio del libero arbitrio, se vi è l'appiglio d'una psicosi ufficialmente ammessa: o se è appena un po' dubbia la perfetta normalità dell'intelligenza.

Ma esistono anomalie del carattere allo stato puro, cioè senza partecipazione meritoria dell'intelligenza? Il pubblico è assai propenso a largire la taccia di pazzo a chi dice delle balordaggini, ma rifugge dal conoscerla a chi le commette. Un pregiudizio millenario attribuisce alla volontà umana una sorta di onnipotenza, se non sulla ragione (che ha diritto di sottrarsi per malattia), sul carattere e sulla condotta che avrebbero l'obbligo di conformarsi alle leggi e alla virtù, eccettuato nel caso che sia annullata la ragione. Si fa eccezione anche in un altro caso, cioè quando la condotta, benchè non sia travisata da autosuggestioni deliranti, in sé cotte con lo stesso egoismo dei soggetti. Vi sono *prosyphs*, *isofiraphians*, *rosquicels* che, senza violare le leggi morali, rischiano la fortuna, la carriera, la vita, e non hanno altro obiettivo che il divertimento, il capriccio, la scemenza, cioè una soddisfazione frivola e momentanea di cui sono i primi ad apprezzare mediocrementemente l'attrattiva. I tribunali si fanno pregare assai prima di riconoscere il vizio di mente nelle gesta di questi esagerati talvolta brillanti; ma, se qualche volta arrivano fino ad accordare l'interdizione (nell'interesse dei parenti), è ben difficile che consentano alla sanatoria dell'irresponsabilità quando la sregolatezza risorta e si tradisce (come avviene non di rado) in delitti previsti dal codice.

Vi è un terzo caso. L'anomalia del carattere non altera momentaneamente l'intelligenza, né l'egoismo naturale, né la linea di condotta, ma assume la figura specifica dell'immoralità costituzionale e non sopprime che un sentimento di lusso: l'altruismo. Ebbene, in questo terzo caso non vi è chi ardesca, tranne il patrocinatore legale o il perito medico, parlare d'infirmità, né di degenerazione organica. La società si sgomenta, e non ha torto, all'idea che simili individui possano andar esenti da responsabilità penale. Se la deficienza di sentimenti espi è un titolo sufficiente per l'irresponsabilità, non vi sarà, si può dire, accusato che non abbia in tasca l'insoluzione. I rei a sangue freddo saranno dichiarati irresponsabili per immoralità costituzionale; e i rei d'impeto per uno stato momentaneo d'inconscienza. Qualora dovesse prevalere questo criterio psicologico, bisognerebbe che l'ordinamento della giustizia vi si uniformasse da capo a fondo, adattandosi ad un'orientazione del tutto nuova. Finché ciò non avvenga, le pette che guardano al di là del caso particolare saranno rudi ad ammettere l'irresponsabilità d'un homicide, per quanto possono

ricoscuotere l'origine organica della sua immoralità; le giurie meno scrupolose si comporteranno in maniera opposta, specialmente se il reato è lieve o se l'accusato è simpatico o se il difensore è eloquente; e i verdeti saranno contraddittori fino al travolgimento completo di ogni giustizia e d'ogni sicurezza sociale.

L'immoralità costituzionale è riconosciuta, ma con qualche scontento, in una sola delle sue varietà: quando spinge « a grandi crimini » o a crimini continui e brutali in aperto e profondo antagonismo coi sentimenti generali. L'opinione pubblica, che non si sgomenta dei reati ordinari e tanto meno di quelle indegnità quotidiane a cui il codice non ha assegnato una pena, morde allo spettacolo dei grandi reati come il parricidio, il cannibalismo, la grassazione a mano armata, l'incesto. Essa considera per normale e responsabile chiunque, pur infliggendo le più spietate offese all'interesse fondamentale degli altri, mostri di rispettare il proprio e riesca o cerca non senza astuzia di sfuggire alla pena; ma fa eccezione per l'esecutore avvelenato di crimini assolutamente odiosi e poi recidivi oscurati. Vi è un minimo d'altruismo senza di cui non si può aspirare al titolo di persone normali.

IL CRITERIO ETICO NELLA DIAGNOSI.

Dal ribrezzo sincero ed intenso per l'azione criminosa si sale facilmente al concetto della sua mostruosità. I Greci ne accusavano il fato e la civiltà moderna non dura fatica a ravvisarvi come causa determinante un'anomalia del carattere. Noi sentiamo nell'armonia perenne della nostra normalità e persino nelle intemperanze a cui possiamo abbandonarci eccezionalmente di non aver nulla di comune coi grandi delinquenti. Nessuna circostanza esterna od interna, salvo forse la pazzia, potrebbe mai suggerirci nemmeno l'intenzione d'un crimine sanguinoso, ignobile e ripugnante come quelli che abbiamo menzionati. Non un recesso, per quanto esiguo e remoto, del nostro labirinto affettivo si lascerebbe invadere dalla vertigine d'un reato così contrario alla natura umana. Tutto l'operato del grande criminale ci fa l'impressione d'un enigma psicologico; e la diagnosi di un'anomalia mentale è l'unica soluzione possibile dell'enigma. Non solo il criminale in sé stesso, ma anche la mescolanza dei motivi, l'arroganza dell'accusato, la sua impenetrabilità ad ogni commozione altruistica risvegliano nel nostro animo un'impressione di disgustosa meraviglia e ci dispongono a ravvisare nel grande criminale un animale che sente e agisce in modo del tutto diverso dagli altri. Mentre il volgo perseguita i grandi criminali del suo odio, l'uomo ragionevole ne approva la segregazione in omaggio alle necessità sociali, ma non nega

loro quel tributo di pietà senza simpatia che si compendia nell'epiteto tanto usato di miserabile.

Ma per provare questa ribrezzo, preludio obbligato al concetto dell'anomalia, bisogna che il reato sia enorme. Di fronte ai delinquenti ordinari, agli immorali che non delinquento, ai viziosi, agli eccitati, alle donne poliandriche (con o senza discernimento), di cui Lombroso si mostra tanto scandalizzato, da raggiungerlo ad epitetiche, sentiamo, più forte dell'orrore, il movimento di pietà che suggeriva a Gesù la frase benedetta: « Chi è senza peccato scagli la prima pietra ». Invece di sporgarci la ragione psicologica del delitto con la formula dell'anomalia, ci riesce ben più facile di ricostruirlo, se vogliamo gradirci senza ipocrisia, prendendo i materiali dal fondo della nostra coscienza, raccontando le nostre affinità psicologiche col delinquente, rappresentandoci l'influenza d'un ambiente ingiusto, crudele, inesorabile sopra un individuo simile a noi, ma più misero o più imprudente.

Come in fatto di logica si ammette l'errore senza elevarlo al grado d'un fenomeno patologico, così in fatto di etica si può ammettere la colpa (o l'apparenza della colpa) senza attribuirle il significato di un'anomalia. L'uomo medio e normale non è l'uomo perfetto. Come si hanno varie stature fisiche senza cadere nel gigantismo, nell'acromegalia, nell'acrodipsosi o nel rachitismo, così si osservano diversità individuali nella statura intellettuale o morale e diversità momentanee di manifestazioni psichiche che arrivano fino alla delinquenza, ma che tuttavia non sono classificabili dall'alienista. Solo le gravissime infrazioni della logica prendono il nome di deliri; e solo le più orrende infrazioni della morale sono riconosciute per mostruosità. La verità e la giustizia sono edifici in costruzione che la stirpe umana è riuscita a mettere insieme a furia d'errori e di critiche, di inconvenienti o di intimidazioni. Per combattere l'errore intellettuale si ricorre alla discussione o alla dissidenza; per reprimere le colpe morali s'interdice o no alla privazione temporanea della libertà od all'ammenda. E la psichiatria non interviene che in presenza al fenomeno psicologico e teratologico, cioè quando l'errore è indimo di pazzo, quando l'azione delittuosa è inizio d'anomalia. In questi frangenti la missione dell'alienista non è di confutare l'errore o di punire la colpa, ma di risalire all'individuo, impadronendosi di lui, investigandogli il fondo dell'anima, scandalo, sottomettendolo ad un regime curativo se è pazzo o finché è pazzo, ad un regime preservativo se è un delinquente nato. L'individuo così classificato vien messo al bando dal diritto comune e trattenuto entro sua volta al manicomio o alla prigione o al manicomio giudiziario, non in ragione di ciò che ha commesso di strano o di criminale, ma in ragione di ciò che può commettere ancora, data la sua struttura

psichica, finchè non sia guarito o trasformato. Il codice non conta più e l'individuo è in balia dei suoi rimedi anche se ha scontata la pena che gli era stata inflitta.

Questa specie di legge sanatoria, che costringe i pazzi pericolosi al manicomio e gli anormali innocenti ad un prolungamento indefinito della segregazione, non si potrebbe applicare senza enorme ingiustizia a tutti coloro che ragionano erroneamente o che si comportano delittuosamente. Bisogna rispettare negli spreposti, nelle imperieità e nelle crudeltà i connotati fisiologici della specie umana e dell'uomo medievale che ne è il rappresentante: la legge è fatta sotto questa ispirazione. E se qualche volta la legge è abbastanza severa, tanto da procurare i costumi, vuol dire che il legislatore, con la sua insólita severità, non intendeva fare atto di giustizia, ma di opportunismo sociale. Certe leggi non sono che uno strumento di dominazione a favore d'una casta.

Tuttavia, per usare il dovuto riguardo ai diritti individuali e non far troppo a slanza con l'infallibilità dei giudici o degli alienisti, è bene che la legge disponga pene fisse per ogni delitto. La legge, col suo schematico impersonale, è l'unica salvaguardia possibile per sottrarre all'arbitrio dei danneggiati e della società il delitto ordinario; ed una legge anche imperfetta è preferibile all'arbitrio d'un giudice per quanto illuminato. A questo modo il delitto è punito nella misura prevista dalla legge e senza considerazioni aggravanti che possano colpire personalmente il colpevole al di là della sua tassativa responsabilità. L'alienista non c'entra nella questione: il suo parere non è quasi mai dominato ed io trovo giusto di non tenerne gran calcolo. Forse che per gli errori di ragionamento sparsi nelle scienze speciali, nelle religioni e nella filosofia s'interpella come arbitro il medico alienista? Che competenza speciale può vantare l'alienista quando esce dagli stretti confini della sua esperienza clinica? E che ne sa all'intuero di cosa più dell'osservatore empirico per decano le intelligenze, valutare i caratteri e prevedere le azioni degli uomini che vivono fuori dai manicomii?

Secondo Enrico Ferri, bisogna punire il delitto non in sé stesso, ma in relazione con l'individualità che lo commette. Come in medicina si studiano e si curano dei malati, non già delle malattie astratte, così conviene introdurre il metodo naturale anche nella repressione dei delitti: presentarsi con la prediletti sociale, curarne le cause individuali nella persona stessa del delinquente. Questo concetto è bello e fecondo nella sua prima parte, ed ha condotto il positivista italiano del positivismo giuridico a geniali applicazioni; ma si è dubbio che il progresso dell'organizzazione sociale rende inutile, impossibile e impronunciabile anche delitto, talmente da costituire un vero complesso di contraddizioni sociali. Quanto alla

seconda parte, cioè all'applicazione individuale della pena, se essa è giustificabile in teoria, non è effettuabile in pratica. È vero che la pena dovrebbe sempre condizionarsi se si fosse sicuri che il reo non ripeterà il delitto; è vero che dovrebbe prolungarsi anche al di là del tempo imposto dal codice se non è spenta la tendenza alla recidiva; è vero che il codice dovrebbe tacere o permettere al giudice di comminare il castigo all'individualità del delinquente, non a disposizioni schematiche e prestabilite. Che si direbbe d'un medico se, fatta la diagnosi, prescrivesse ad ogni malato la stessa ricena? Ma d'altra parte è vano credere che la psichiatria sia in grado di risolvere volta per volta questi così ardui. Non si può lasciare la sorte di tanta gente alla mercé di professionisti privi d'indipendenza e poveri di nozioni pratiche come sono (non per colpa di persone, ma per forza di cose) i medici alienisti, almeno in tema di delitti. Finché i delinquenti, al pari dei pazzi, saranno accasernati, non vi è medico, né custode che potrà conoscerli nei loro sentimenti e apprezzarne la metamorfosi. Un simile progresso si avvererà se questi reclusi verranno rimossi in colonie lavoratrici e messi in grado di scolare in un regime di attività, di giustizia e di relativa libertà le qualità profonde del loro carattere. La migliore soluzione del problema sarebbe la colonia agricola sotto la sorveglianza illuminata di funzionari adatti; ma perché riesca benefica, bisogna che sia organizzata in modo da temperare, non da accrescere le difficoltà della convivenza e della concorrenza che i deportati non hanno saputo superare nell'ambiente aperto dei normali. In luogo di questo noi non abbiamo che il patridame del dovizioso esotto.

La psichiatria studia e conosce le estreme deviazioni patologiche e teatralogiche dello spirito umano che si manifestano con segni evidenti, grossolani e ripetuti in una serie d'individui dai tratti semplici e fra loro rassomiglianti; essa riconosce questi segni di malattia mentale e d'assonanza in pochi quadri sommarî; e riconosce nei quadri che ha compilato il ritratto sintetico dei pazzi e degli anormali autentici che incontra di mano in mano. Ma quanto a sentenziare, fra tante anime torose, disoneste, irascibili, variabili e contraddittorie che possono rendersi ree d'un medesimo delitto, la precisa categoria psichiatrica a cui appartengono ed anche il genere e la quantità individuale di pena che richiedono per emendarsi, è questa un'audacia superiore alla potenzialità della psichiatria attuale. Non parliamo dei medici legali, che ne sanno ancor meno, ridotti come sono a non vedere la pazzia che di sfuggita, in rare occasioni, durante l'istruttoria dei processi, senz'altro strumento d'esperienza clinica che i libri e le cronache dei giornali.

Per fortuna il diritto penale va perfezionandosi per virtù propria. Negli Stati civili la legislazione è stata assai liberale delegando il giudizio su

fatti delittuosi non a rigidi magistrati che fanno astrazione dal reo, ma a dodici cittadini estratti a sorte, che rappresentano le correnti vive del sentimento popolare con le sue simpatie ed antipatie di rado irragionevoli, benché istintive e irrazionali. I giurati possono ispirarsi, anziché alla tradizione giuridica, alla savia indulgenza espressa nella frase: *solo homines a re obsecramus*.

Una riforma recente e assai commendevole è l'istituto della condanna condizionale o legge del perdono. Pronunciata la sentenza, si prevede la sua esecuzione ad un anno o più: la pena sarà condonata al reo non recidivo che si sia comportato onestamente durante il periodo d'attesa. Qui l'azione del giudice non è guidata dal fallace responso d'un oracolo, ma da un criterio categorico di psicologia senza pretese scientifiche, eppure assai solido, cioè dal contegno negativo del reo durante un intervallo prestabilito. Il diritto penale è dunque capace di svilupparsi e progredire senza uscire dai suoi metodi tradizionali. Anche i vecchi codici non sono mai stati alieni da criteri di psicologia pratica. I delitti sono divisi per categorie che, essendo subordinate ai moventi psichici del reo, aggravano od attenuano la pena e talvolta la trasformano radicalmente: si fanno delitti dolosi, colposi e senza qualifica; furti con effrazione o senza; reati improvvisi, preterintenzionali e premeditati.

Il perfezionamento dell'assetto sociale diminuirà il numero dei delitti e dei delinquenti; e sopra un numero più ristretto di delinquenti si potrà dar opera ad uno studio più continuato della loro psicologia. La grazia sovrana dovrebbe essere codificata e motivata caso per caso: essa può manifestarsi non come un correttivo arbitrario del codice, ma come un saggio anticipato, illuminante e metodico dei suoi progressi futuri.

A questi progressi del diritto penale può portare un efficace contributo anche la psichiatria e unire la propria voce, ma senza alzare il tono. Guai se l'alienista interviene con sicumera ad ogni occasione, vantando, oltre alla psicologia empirica che è patrimonio di tutti gli osservatori, un tecnicismo universale e un'esperienza clinica di cui non possiede che il desiderio. E peggio ancora se la sua diagnosi è formulata a distanza come quella delle sonnambule, o alla semplice vista d'una fotografia, o spezionando uno scritto, o cogliendo a volo un incidente, o sfruttando un dato antropologico che non dice nulla, o credendo di leggere sopra il cervello d'un morto che non differisce da mille altri (almeno apparentemente) tutta la psicologia del vivo e dei suoi delitti.

L'innocenza costituzionale, per quanto si consideri sotto l'aspetto etico di un'anomalia, è sempre subordinata ad un giudizio d'ordine etico. Lo stesso Lombroso, se può presumere di diagnosticare la degenerazione mentale dalla presenza di certe stigme antropologiche e l'epilessia dalla

presenza di certi sintomi clinici, dove ricorrere all'etica per isolare ulteriormente tra i degenerati e tra gli epilettici (che secondo lui possono anche essere onesti o geniali o pazzi) il manipolo dei criminali. E così si ritorna al punto da cui siamo partiti, cioè alla pazzia morale degli antichi alienisti.

EVOLUZIONE DEL CONCETTO NOSOLOGICO.

Nella psichiatria tradizionale il concetto della *moral insanity* o *folie morale* o *moralische Irresinn* non cominciò a infiltrarsi che cento anni fa, ma cominciò alla scorta d'altri disordini mentali. PAPA, in Francia, PUGHAM in Inghilterra, videro nell'immoralità più un sintomo che una malattia; e soprattutto erano timorosi dal vedersi una malattia essenzialmente costituzionale o un'anomalia. La *mania* intese anzi confusa con l'*insubordinazione*, con la *notturnità*, persino con la *nevrosi* e con la *melancolia*; cambiò spesso di nome e di connotati; fu persino rifiutata dalla psichiatria per risorgere dopo qualche anno; fu messa ai voti in un Congresso d'alienisti italiani e passò a delibere maggioranza come l'Esse Supremo alla Convenzione di Francia; scomparve dai resoconti della psichiatria tedesca verso il 1888 e riapparve col nome di *Geistesabwahnung*, ben presto abbandonato in favore del nome antico. Esquimaux, conio la denominazione di *folie raisonnée*, timore conservata da KAESTER-ETTING, per denotare una varietà attenuata « che dirò domestica di perversimento morale; questa immoralità speciale, che non si manifesta con crimini, ma con punture di spillo nella cerchia angusta e segreta della famiglia, è un sintomo caratteristico della psicosi senile e della demenza senile. Un'altra varietà di perversimento morale, ma sempre allo stato di mescolanza, è quella a cui KAMBAUM diede il nome di *éclatofrenia*. L'*éclatofrenia* è una forma di eclefrenia, ma con prevalenza di sintomi affettivi, cioè di violenza, di spavalderia, di cinismo. Spesso la demenza precoce dei giovanetti è preceduta da un lungo periodo d'immoralità che non è riconoscibile né come un sintomo, né come un prodromo di vera pazzia, ed anche il medico alienista può trovarsi in grave imbarazzo per distinguere se si tratta d'una psicosi comune in stato d'incubazione, d'un ampiegamento transitorio del carattere giovanile o di un'immoralità costituzionale che comincia ad affermarsi in modo autonomo. Sembra che gli *éclat* siano poco soggetti all'indebolimento progressivo dell'intelligenza; così non si tirano affatto dei dieci comandamenti o in specie del settimo, e così l'*éclatofrenia* rientra come una forma tipica nel gruppo delle immoralità costituzionali.

Per dimostrare quanto le idee degli alienisti fossero oscure ed erranee sopra l'argomento della pazzia morale, ricorderò un caso pubblicato da

H. MANNING nel 1882. Quest'autore infligge la diagnosi di pazzia morale ad un galantuomo tormentato dall'ossessione dell'assassinio e che appunto per non commettere alcuna violenza uscirà di casa senza armi e senza bastone; ma il disgraziato era inanne d'allucinazioni e ciò bastò a MANNING per crederlo un pazzo morale. Tuttavia altri alienisti, specialmente inglesi, come C. H. HUGHES, HACK TUCK, SAYACK, ebbero il chiaro intuito dell'immoralità costituzionale e, al contrario di MENDEL, di BINSWANGER, di HENDRIK LLOYD, di WORKMANN, sostennero l'indipendenza di questa anomalia dall'imbacillità e da altre forme di pazzi intellettuali.

Un passo innanzi nella questione, e assai valido, fu compiuto nel 1883. MARRO e LOMBROSO, con ottime e numerose ricerche sugli allievi delle scuole elementari e degli asili, dimostrarono la costanza e la vivacità delle tendenze innocenti od amorali durante l'età infantile. Dunque l'*innocenza* o la *pazzia morale* è una disposizione naturale della mente umana, almeno fino a una certa età, e la sua persistenza in età adulta, cioè quando comincia a diventare pericolosa ed infrenabile, non è che un arresto dello sviluppo psichico, un caso (si può dire) d'*infantilismo* parziale nella cerchia del carattere. In seguito LOMBROSO, interpretando questo speciale arresto dello sviluppo psichico come una forma di degenerazione mentale, cercò tra i pazzi morali e tra i delinquenti le stigme antropologiche della decadenza somatica, che dovevano formare la cornice o il documento visibile della degradazione etica. Egli identificò con piena ragione i pazzi morali ai delinquenti nati e separò dai delinquenti nati, come estranei alla psichiatria, tutti i delinquenti d'*impeto* e d'*occasione* come pure i *passionali* e gli *abitudinari* che sono tratti a delinquere da cause addirittura accidentali (cioè esterne e sociali) od anche costituzionali (cioè interne e morbose), ma non parificabili ad una vera immoralità di carattere. Costoro, non essendoli innocenti per natura, non presentano segni di degenerazione; ma il loro numero, che a mio parere è assai grande, è estremamente esiguo per LOMBROSO.

Io credo che l'immoralità del carattere, anche se raggiunge il grado di un'anomalia costituzionale, non vada necessariamente associata ai segni di degenerazione che LOMBROSO e i suoi seguaci hanno raccolto e classificato con tanta cura. Il valore di questi segni antropologici è piuttosto discutibile; non è ben certo ch'essi siano più frequenti nei criminali anziché in altre categorie di uomini; parecchi criminali, anzi categorie intere di criminali, come i truffatori o le cortigiane (che LOMBROSO considera per criminali), ne vanno totalmente sprovvisti e le loro intelligenze fisiche sono di un'estetica superiore alla comune; infine ben poche di queste stigme sono interpretabili nel senso dell'atavismo. Ciò che vi è di

più stavasi nei criminali di razza e il loro carattere; e la degenerazione psichica di questa gente, essendo costante perchè è la condizione necessaria e sufficiente dell'astinella, ha maggiore importanza della degenerazione somatica.

Ma la degenerazione somatica, se esiste, presenta il vantaggio dell'evidenza; non vi è diabetica di magistrato che possa infirmarne la finalità, e i medici hanno buon gioco ad invocarla anche quando non c'è, a documentarla con dati geometrici e numerici, a trincerarsi dietro il mistero della tecnica antropologica. Così, cioè con la lastra d'una degenerazione somatica che spesso non c'è, si riesce a comprovare una degenerazione psichica che talvolta non c'è neppur essa. I giudici, che non accettano lezioni in materia di psicologia morale, si arrendono davanti alla nomenclatura anatomica, agli strumenti antropometrici e si dettano d'una scienza occulta di cui non sospettano la miseria. Altri e pronti a combattere per il degna del libero arbitrio contro ENRICO FRANI, contro GAROFALO e contro gli altri valentissimi che lo distruggono con inoppugnabili argomenti di psicologia introspettiva per insediare il diritto penale sopra una base ben più logica, ben più moderna e ben più solida, essi sono inermi contro le dichiarazioni del medico che racconta caso per caso l'orocchio ad anca, la piagiolatila, l'esodattilia od altri simili indizi d'inderiorità antropologica, indizi che, se anche avessero sempre questo significato, non basterebbero mai da soli a documentare la degenerazione morale.

Quest'orientazione degli spiriti è così tenace, che ENRICO FRANI, GAROFALO e gli altri rappresentanti della moderna scuola penale si fanno forti, più che dei loro argomenti, delle prove antropologiche raccolte dai medici alienisti, e la buona merce della loro dottrina giuridica circola nel mondo non tanto pel suo valore intrinseco quanto per l'etichetta antropologica che ha dovuto adottare forse suo malgrado. Eppure, l'antropologia criminale non giustifica coi suoi risultati la popolarità di cui gode. Non potendo portare un valido contributo alla medicina mentale per la diagnosi dell'innormalità, essa si mette inutilmente a servizio della Polizia per completare i connotati dei sospetti, soprattutto dei carcerati che escono in libertà e che potessero avere altri conti da regolare con la giustizia. Così i delinquenti professionali non possono sfuggire alla Polizia trasformandosi perchè la loro identificazione è resa facile, oltrechè dallo stografia e dai connoti deservitivi, da un'ingegnosa registrazione di misure antropologiche che sono irriducibili e personali: per esempio, si registrano due misure combinate, come la lunghezza del piede e la lunghezza del cranio. L'espediente è utile, ma non ha che un valore positivo e del tutto estraneo alla psichiatria.

Da molti anni Lombroso si sforza a far rientrare gran parte dei resti tra i sintomi delle malattie mentali e, vedendo forse l'insufficienza dell'antropologia, si è spinto a cercare altre prove in un campo più schiettamente patologico, cioè in quello della clinica. La delinquenza congenita, secondo Lombroso, non è più soltanto una *psicosi degenerativa*, ma una varietà d'*epilessia*. S'intende che per lui, come per molti altri clinici, l'*epilessia* è una nevrosi ed appartiene anch'essa al gruppo delle degenerazioni psichiche.

Sommando insieme il contributo generico della degradazione somatica e il contributo specifico dell'*epilessia*, i delinquenti nati presenterebbero i seguenti connotati, in parte antropologici, in parte clinici, dei quali alcuni sono riscontrabili in vita ed altri soltanto al tavolo anatomico: alto peso del corpo; asimmetria e sclerosi del cranio; fossetta occipitale; scarsa capacità cranica; meningiti ed encefaliti nell'infanzia; sporgenza degli ossi zigomatici; sviluppo considerevole dei seni frontali; orecchie ad anco; analgesia; anacinesismo; daltonismo e discromatopia; anisocoria; riflessi esagerati; temperatura generale (all'infuori dagli accessi) tra 37°2 e 37°3; intingio; impulsività che sostituisce le emozioni naturali; anomalia del tipo antropologico nelle donne criminali.

Ignoro se da questo miscuglio di requisiti fisiologici (come il peso del corpo), d'imperfezioni anatomiche (come le orecchie ad anco), di sintomi clinici (come l'anisocoria) e di manifestazioni psichiche (come il intingio) si possa stabilire la diagnosi di *epilessia*, e non capisco come l'*epilessia* si possa nemmeno sospettare nelle persone, che Lombroso aggrega all'esercizio della delinquenza per non lasciarne deserti i quadri di reclutamento che concernono il sesso femminile. Che le donne polidattiche, o che esercitano l'eroticismo per mestiere o che vi si abbandonano per piacere (come fanno molte donne maritate di tutte le classi sociali), vadano ascritte nelle schiere della criminalità, è cosa che mi sembra esagerata e crudele, per quanto coerente a certi principi di morale non molto moderna. Ma che queste stesse donne si debbano considerare addirittura come epilettiche mi sembra strano. Di solito le donne facili, o che si vendono o che si regalano, godono d'una salute inviolabile, d'un cuore allegro e d'una bellezza corporea, se non sempre raffinata, superiore in complesso al livello comune. Simili qualità non sono troppo in accordo con la presenza d'una malattia e d'una malattia così grave e talvolta deformante com'è l'*epilessia*.

Di più, si va ogni giorno accreditando l'opinione che l'*epilessia* non sia una nevrosi *à se materia*, né una specie d'anomalia degenerativa, ma un processo morboso d'origine più o meno accidentale, con le sue cause materiali e con le sue lesioni anatomiche. Le alterazioni somatiche degli

epilettici non hanno dunque un carattere degenerativo od atavico che possa rinvacciarsi all'antropologia, ma un carattere clinico che si rivela con manifestazioni patologiche e con lesioni dei centri nervosi. Secondo Mang l'epilessia non è ereditaria e non decorre mai senza alterazioni materiali dell'encefalo. Moltissimi tra i criminali non presentano od equivalenti psichici o vertiginosi dell'epilessia, nè il così detto carattere epilettico; e tra le prostitute nessuna, salvo qualche rarissima eccezione, merita il titolo



Fig. 101. — Giuseppe Lombroso: tatuaggio.

di epilettico, nemmeno oscuraria, perchè la diagnosi d'epilessia non è di quelle che si possono assegnare a comodo sulle tracce ingenuistiche d'una presunta degenerazione antropologica.

Quando Lombroso e i suoi seguaci trasportano il contingente maschile e femminile della criminalità (e non soltanto della criminalità straordinaria o più grave) nel campo clinico dell'epilessia, essi hanno di mira un'epilessia d'antico stampo, una nevrosi senza cause materiali e senza sintomi precisi, una forma di degenerazione che, nella sua indeterminatezza, può accogliere fide d'anomali e studi di normali. Un suo allievo, Rosconosi, fa correre la patogenesi dell'epilessia su una sospensione di processi istintivi che non si stacca nettamente dalle leggi fisiologiche e

che rassomiglia assai poco al meccanismo grossolano d'una vera malattia. L'epilessia, come l'intende Rosconosi, sarebbe tutt'al più un'anomalia, ravvicinabile, per es., alla paranoia: e infatti è per mezzo d'un meccanismo analogo che io, a Rosconosi con me, abbiamo cercato anzi fa di spiegare anche la paranoia. Quanto a Lombroso, la sua latitudine di giudizio si afferma anche nell'apprezzamento dei sintomi epilettici. Molti fenomeni visomotori, molti atti normali, ma insoliti per vivacità e solitudine, sono da lui regolati all'epilessia. L'epilessia gli serve per desifrare non solo la delinquenza, ma anche la prostituzione e la genialità: gli eccessi dell'eccesso, gli eccessi dell'eccesso e gli eccessi dell'intelligenza.

Dove Lombroso riesce non più felice è nel descrivere le qualità psichiche dei criminali: la loro vanità, la loro impetuosità, il loro cinismo, che si manifestano in varie maniere caratteristiche. Il gergo dei carcerati, il tatuaggio (fig. 133), l'ossessività al dolore fisico e al dolore morale, il coraggio con cui rischiano il carcere, la facilità con cui vi si adattano e vi ritenano, il fatto che menano del loro delitto a costo di tradirsi, furono messi in bel rilievo dai cultori dell'antropologia criminale.

Gli immorali di nascita divengono spesso immorali di mestiere; si associano fra di loro per affinità di gusti e di scopi; si ritrovano insieme nelle carceri; formano una società nella società; s'intendono, si suggeriscono, si ammirano e si sorreggono a vicenda come se appartenessero ad una stessa famiglia. Di qui il gergo, il tatuaggio e quello spirito di solidarietà cavalleresca specialmente di fronte alla Polizia, che in Sicilia e tra gli affiliati alla mafia ha preso il nome di *overò*. Questi segni di criminalità in atto sono evidentemente una manifestazione di psicologia collettiva, anziché di psicologia individuale; e si capisce che debbano nascere nel delinquente solitario come pure negli immorali, per quanto onesti, che non delinquento.

MANIFESTAZIONI CLINICHE.

Se si vogliono considerare gli immorali di nascita dal punto di vista della loro immoralità e prescindendo dalle altre anormalie o dalle malattie mentali con cui l'immoralità può andar mescolata, si scorge facilmente ch'essi possono dividersi in due classi:

1.^a *Immorali* per impulsività, ossia per eccesso di bisogni egotistici, d'irrequietezza, di aggressività, d'individualismo.

2.^a *Immorali* per deficienza di simpatia verso gli altri uomini e quindi anche di altruismo, di ritagli sentimentali, di solidarietà, di compassione, di sensibilità alla considerazione pubblica.

I primi sono meno immorali dei secondi, ma per la spensieratezza con cui agiscono sono più inclinati al delitto spacciato come anche ai delitti gravi, e finiscono col farsi del delitto una triste abitudine. La violenza e l'argenza dei loro bisogni sono così intense, ch'essi non sono in grado di resistervi e spesso non hanno nemmeno il tempo di pensare a domarli. È probabile che Lombroso abbia di mira questi impulsivi quando identifica la delinquenza all'opilessia. Eppure talvolta l'impulsività criminale si manifesta soltanto sotto l'azione dei bisogni particolari, imperiosi e transitori che trovano ostacoli sistematici o subitanti determinati; rimossi gli ostacoli e cambiato l'ambiente, l'individuo malcontento, facinoroso, insociabile, diventa un membro pacifico ed utile d'una società più

vietà, più libera e più tollerante. Vi sono ragazzi che non sopportano la chiusura del collegio; giovinetti che non soffrono il rigore della vita monastica; giovani che si ribellano alla disciplina militare; uomini e donne che, di ribellione in ribellione, finiscono per rendersi incompatibili nel consorzio sociale.

La società, in luogo di agevolare a questi individualisti esultanti ed impudenti tutte le espansioni che non danteggiano direttamente il benessere e la libertà degli altri, li esaspera con una severità inoppugnata, li mette in condizioni d'ambiente sempre più difficili, li provoca a ribellioni sempre più impetuose e frequenti. Le cure di correzione, le compagnie di disciplina, la prigione, la sorveglianza della polizia, producono lo stesso effetto che la camicia di forza sopra un maniaco. Tra gli impulsivi intolleranti di freno e la società intollerante di eccezioni si stabilisce un malinteso che, aggravandosi di anno in anno, appressa ad uno stato di guerra senza quartiere. Eppure è in questa folla che si trovano i criminali più simili a noi: i meno insocietali e i meno antipatici. Ad essi, più che agli immorali di razza, dovrebbe rivolgersi l'apostolato degli innovatori, provvedendo con la giustizia sociale alla prevenzione dei loro delitti. Di questi delitti è spesso responsabile la società. Ma la psichiatria italiana, invece di promuovere il miglioramento sociale dimostrando l'ingratitudine di tante condanne, distribuisce almeno in teoria patenti di criminalità congenita senza speranza di redenzione persino dove la legge soccorre a perdona, ed applica tra l'altro alle vittime della prostituzione i criteri d'una morale arcigna che sa di Pentateuco.

In origine l'immorale impulsivo non è che uno stordito; un amorale; ribelle senza accorgersene, non è deliberatamente ostile alla società, né totalmente sprovvisto di simpatia verso i suoi simili. Ma la severità con cui vien trattato lo convince ben presto di non essere né capito, né compatito. Il ribelle diventa una vittima; poco disposto a sopportare i freni morali e legali della vita libera, è affatto incapace di sopportare i freni disciplinari della caserma e del carcere. Il suo istinto morale, già deluso per sé stesso, si perverte e degenera in una forma attiva d'immoralità. Dalla delinquenza (casuale e quasi inconsueta) si passa alla delinquenza abituale e meditata, ad una ostilità continua e convinta verso la società.

Tra questi delinquenti spiccano alcuni non peccati che per eccesso d'un solo bisogno fisiologico. Vi sono gli ubriaconi, i sensuali, i gelosi, i passionali, i giocatori, i collezionisti che s'iniziano nella carriera criminale per la loro incapacità a frenare sentimenti molto superiori anche tra i normali. Se riuscissero a soddisfare questi sentimenti senza ostacoli — a dimorare non uno sfioro non troppo affrettato — o a liberarsene sotto la repressione graduale, moderata e benevola della società, questi individui

non progredirebbero nella via del delitto, ma si estenderebbero. Alcuni di essi non mancano completamente di altruismo: anzi possono esserne ricchi. Ma la violenza e l'incostanza con cui si abbandonano anche ai sentimenti generosi, come lo sdegno e l'amore, toglie ogni indirizzo etico alla loro condotta. Gli stessi passionali sacrificano all'ideale del momento ideali ben più doverosi ed elevati; e la loro passione, senz'essere ignobile, va a detrimento del carattere morale. Di gradino in gradino, il delinquente per passione scende ad episodi passionali sempre più effimeri e superficiali; si abitua alla sfrenatezza; perde il senso morale e non ascolta più che l'istinto. Spesso, per calmare i rimorsi, ricorre al narcotico della religione: e non c'è immorale che non si professi credente almeno di quando in quando.

Soltanto di fronte al continuo e progressivo sfacelo del senso morale saremo autorizzati a diagnosticare l'immoralità costituzionale: ma ci rimarrà sempre il dubbio che, almeno per questa classe di delinquenti impulsivi, una migliore organizzazione della società avrebbe potuto prevenire il delitto o correggere i sentimenti da cui provengono, sentimenti spesso più anomali per misura che per natura. Le difficoltà dell'ambiente sociale, sommandosi con le anomalie della costituzione individuale, aumentano il malessere dell'impulsivo, la sua inquietezza e la violenza dei suoi bisogni insoddisfatti. Egli è spinto a cercare la calma e l'oblio nelle bevande alcoliche; e l'alcolismo, dopo avere spento in modo effimero gli impulsi del momento, spegne in modo stabile il senso etico che, rafforzato, avrebbe potuto frenarli.

Tra questi immorali per inquietezza, molti sono candidati alla demenza precoce, o invece, più che candidati, già potentemente intossicati. In tal caso la diagnosi è più facile, perché l'immoralità si manifesta fin dalla prima infanzia con capricci violenti e reazioni iperboliche ad ogni più piccola contrarietà. È assai più difficile l'accertamento dell'immoralità costituzionale allo stato puro in individui d'intelligenza normale, sebbene anche in questo caso l'anomalia cominci a rivelarsi fin dalla più tenera età. Mentre l'ebbofrenia, o che preludi alla demenza precoce o che si mantenga nella cerchia delle fissazioni affettive, scoppia verso i 12 anni e dimostra d'avere un principio, la vera immoralità costituzionale è congenita, non ha alcun principio e perciò si smaschera gradatamente come una anomalia psichica.

Durante la fanciullezza l'immoralità a tipo spensierato ha per manifestazioni: la precocità dell'istinto sessuale, onanismo, prepotenza, tracotanza, facilità alla menzogna, agli intrighi, alla disobbedienza, all'abbandono della scuola e della casa paterna, al vagabondaggio, alla ricerca di avventure. Queste tendenze accostandosi verso i vent'anni conducono alla di-

serzione, alle violenze sessuali, alle risse, alla truffa, al cambiamento vertiginoso di residenza, di mestieri e d'amicizie. Così dall'immoralità a poco a poco matura la delinquenza, sia in una forma specifica, sia in una forma generica. Si hanno i delinquenti specialisti, gli eclettici e quelli che, favoriti dalla nascita, possono nasentare il codice senza urtarlo, accendendo delitti, giocando, costruendo matrimoni inossessati, costringendo professori loschi, dedicandosi alla vita pubblica. Una dose moderata d'imbacillità non disturba il programma. Nella classe degli impulsivi ricchi si conta la massima parte dei prodighi.

Abbiamo descritto sinteticamente gli innocenti per eccesso di bisogni. Vediamo ora l'altra faccia dell'immoralità: l'immoralità a freddo, per deficienza di simpatia, di solidarietà, d'altruismo. Il carattere di questi innocenti incorreggibili, veri daltonisti del sentimento etico, non è impetuoso, passionale, collerico; imprudente e ribelle, ma tutt'al contrario calmo, glaciale, lento, riflessivo e in generale piuttosto ligo alla legalità. In questa classe d'egoisti raffinati e senza scrupoli s'incontrano più immoralisti che delinquenti: il loro egoismo non è un tiranno che straripa a stolti e poi si china, ma un fittio abbondante e maestoso che ha per arme la prudenza e procede senza disordine, né intoppo. Troviamo fra gli immoralisti insensibili le speculatori e gli accumulatori, i grandi trafficatori, gli uccelli, i fondatori d'impresa fraudolente, gli esproprietori senza pena che arricchiscono calpestando gli interessi dei loro collaboratori, gli azionisti, i lezionisti, i coltivatori, i malviventi politici che non si arrestano davanti a nessuna supercheria salvo ad ammantarla abilmente di legalità e a sfruttarla poi come un titolo all'ammirazione degli sciocchi. Questi innocenti di grado superiore appunto perchè sanno padroneggiarsi evitano quasi sempre il delitto: e se non lo evitano, riescono per lo meno a dissimularlo. L'assenza di sentimenti altruistici rende la loro immaginazione più libera, la loro azione più cinica.

L'uso di armi desti, crudeli, raccompiacianti non li spaventa, se non in quanto può un giorno o l'altro, scoperto che sia, nuocere a chi vi è ricorso. L'immoralità, che è una debolezza per gli impulsivi, è una forza per loro antagonisti. Essa attraversa e sovverte i disegni di ravvelimento, di espiazione, di saggezza che sorridono agli impulsivi; mentre ispira, finessa e raffina l'opera impossibile degli insensibili, rivolgendola senza esitazione ad uno scopo pratico e definito. Tuttavia anche i Napoleoni dell'immoralità previdente hanno qualche volta a rimpiangere un Waterloo: non perchè l'impossibilità di vincere li spinga ad un'azione impensata, ma perchè la mancanza di freni morali, di pietà, di probità, di sensibilità all'altrui bisogno li determina a disegni di crimini complicati, continuati, coordinati che, malgrado la più alta premeditazione,

possono fallire per l'errore d'un singolo particolare. È l'abuso delle loro qualità che talvolta li perde.

Ma se evitano o dissimulano il delitto, non passano inosservati ad una minoranza di gente onesta ed accorta. Per quanto la deficienza d'altruismo si manifesti più che altro in forma negativa, essa è profonda, evidente e facile a rintracciarsi nella più remota gioventù: se non vi è la grande onestà, vi è la grande inosservabilità. In questa agenzia di sentimenti etici non vi è posto per nessun affetto. La donna non è che uno strumento di piacere; la famiglia uno strumento di signoria; il prossimo uno strumento di lusinga; la vita pubblica una piattaforma d'ambizione personale e di guadagno; l'arte e la scienza un mestiere. Sono questi i veri catturatori, gli immorali senza esaltamento, senza passione e senza rimorsi, che vanno dritti al loro fine, seguendo una vocazione tranquilla. Ricchi e intelligenti, possono sfuggire alla seduzione del reato o almeno ai rigori del codice; agiati di ricchezza e poveri d'intelligenza, cadono prima o poi fra gli artigli della giustizia. Ma anche in questo caso si tratta quasi sempre d'un crimine isolato, grandioso, intatto, compiuto con astuzia e con freddezza. I criminali di questa specie non hanno nessun bisogno a rovesciare la colpa sugli innocenti, sanno difendersi dall'imputazione; preparare gli alibi; attenuare o alterare davanti ai giudici i veri moventi del reato. In carcere tengono buona condotta; sono delinquenti saggi. Durante il processo non tradiscono la loro pochezza morale che in maniera negativa: per mancanza di commovente, per la loro assoluta incapacità a sentire e a fingere non solo un sentimento di tenerezza e di bontà, ma anche un po' di rispetto per le vittime, un po' di orrore per il reato che hanno commesso. Questi farbi spietati sono più o meno deficienti, almeno dal lato affettivo, più o meno incoscienti, più o meno goffeschi, e riescono sovrannaturalmente antipatici. Ma, finché non abbiano raggiunto il banco degli accusati, figurano come persone corrette, serie, energiche e rispettabili agli occhi dei lontani e dei deboli. Il loro potere di suggestione è grande, il loro dominio è solido, la loro riputazione di probità, quantunque contestata, è incrollabile; e nel corso del processo i fanatici testimoni a difesa si bilanciano con gli accenti testimoni d'accusa. Lo stesso avviene se il grande criminale si trattiene al di qua del codice e non è che un grande umorale: contro mille detrattori può contare su cento amici ardenti di entusiasmo imbecille o di gratitudine interessata. Perché nel lungo e coerente esercizio del proprio egoismo l'immorale a freddo è costretto a fare anche del bene, a percuotersi alleati, a ringraziare persone alcoliche, a nascondere la sua aridità affettiva con l'ostentazione della correttezza o con atti di calcolata generosità.

L'immoralità del secondo tipo è, come l'immoralità impulsiva, di origine congenita; anzi è più congenita ancora, più scevra d'influenze morbose e accidentali che possano favorirla o soffocarla, più evidente fin dai primi anni della vita, perchè più impressionante, malgrado la natura negativa delle sue manifestazioni. Ragazzi, questi immorali per difetto di sensibilità non si affezionano a nessuno: verso i compagni non dimostrano simpatia, ma desiderio di dominio; i loro ginocchi sono placidi, silenziosi ed atroci; spesso incrassatiscono contro animali mansueti; non piangono mai; non partecipano alle affezioni degli altri, talvolta se ne divertono; se contraggono la sifilide, si compiacciono di diffonderla; non restano accigliati dai rimproveri, né umiliati quando sono colti in fallo; non riconoscono nè schifo, nè ribrezzo, nè vergogna; provano più curiosità che ripugnanza o vera attrazione per le cose oscene; non rifuggono dal fare saggi accademici della loro insensibilità alla schifo che scambiano per una specie di superiorità e che come tale è spesso applaudita dalle scolaresche e dalle folle adulte; non apprezzano e non capiscono i moventi generosi degli altri; sono scettici, diffidenti e maligni; non riconoscono sdogini né in casa, né fuori, e la loro irriverenza non si arresta né davanti alla madre, né davanti al benefattore eroico che riscuote le simpatie universali. Come esistono cani senza fiuto e fiori senza profumo, così vi sono individui privi di benevolenza o di simpatia. La mancanza dello schifo per la sudicioria fisica è un indizio della loro sensibilità per la sudicioria morale. Essi possono essere trattiatti dal delitto per mezzo di freni esterni, ma non possiedono dentro di sé alcuna ripulsiore spontanea. Se la legge dorme, se la società cede o rivolge altrove la propria attenzione, se le vittime designate non sanno difendersi, né avvertire il pericolo, l'immorale per mancanza d'affettività non tenderà ad approfittarne più o meno felicemente; la più lieta occasione basterà a suggerirgliene i mezzi che potrà applicare con tutto suo agio e senza alcuno sforzo, perchè gli appariscano innanzi di pericoli ed appropriati allo scopo.

In luogo delle aggressioni brutali che sono la prerogativa degli immorali impulsivi, avremo le conquiste lente, i crimini elaborati o i loro equivalenti legali e ben più profondi. Talvolta questi veri classici dell'immoralità non si trovano in guerra dichiarata con la legge che al termine della loro vita, al culmine della loro carriera, all'apogeo della loro fama. La vecchiaia favorisce la maggiore audacia nella via del male perchè inaridisce gli ultimi residui di bontà e accresce le probabilità che il reato vada impunito. I vecchi immorali si sentono tentati di mettere a frutto la posizione sociale che hanno conseguito dissimulando la propria perversità. E il delitto, tutt'altro che in contraddizione con la lunga vita incensurata, non ne è che l'epilogo naturale. Lo si scorge dalla indifferenza

con cui resistono ai segni dell'ira popolare, dall'incoscienza della propria infedeltà, dall'astuzia con cui si difendono, dalla destrezza che impiegano nel fuggire e nel ritorcere le accuse contro gli accusatori. Novizi del delitto, questi delinquenti in ritardo sono veterani dell'immoralità.

Ma vi è un terzo tipo d'immorali, ed è il tipo misto: quello che accoppia l'impulsività degli immorali spensierati con l'insensibilità permanente degli immorali spietati. Si capisce che questo tipo misto dev'essere il più frequente. Anzitutto, può darsi che gli accessi violenti d'egoismo e la deficienza placida d'altruismo si associno per un vizio combinato del carattere morale. Ma, indipendentemente da questa doppia forma d'immoralità congenita, è certo che ciascuna delle due forme tende a duplicarsi con l'altra. Gli impulsivi travolti nell'abisso delle loro imprudenze, rotti alle carceri e ai tribunali, abituati al disprezzo pubblico, assillati sul proprio valore sociale, finiscono col perdere ogni sensibilità etica e col rassegnarsi a rappresentare nel corpo sociale la parte dei parassiti nocivi. Lo stesso circostranze possono rendere impulsivo, cioè facile a delinquere, anche l'immorale saggio, ma insensibile, che per qualsivoglia motivo abbia ormai perduto la verginità della prigione e che, una volta iniziato alla carriera ufficiale del delitto, può trovare maggior convenienza a perseverare in essa, anziché a tornare nell'ovile dell'immoralità legale. Insomma, di condanna in condanna, gli impulsivi diventano sempre più insensibili e gli insensibili sempre più impulsivi: gli uni e gli altri si adattano alle conseguenze del proprio temperamento insensibile, accettano filosoficamente gli infortuni d'un mestiere arrischiato e si familiarizzano con l'infamia. Gli impulsivi perchè la vedono inevitabile, gli insensibili perchè imparano a sfruttarla. Un nome compromesso è un titolo ricercato in certi mestieri e in certe cariche.

Insensibilità impulsiva con atti boni, ma ripetuti di criminalità. — Salvo uno zio materno che è ricoverato al manicomio con delirio cronico, i parenti di questo soggetto sono tutti sani. L'unica sorella è normale. Non vi furono malattie infantili. Dagli 8 ai 15 anni G. B., che ora è un giovane robusto e ne ha 29, fu tra i migliori scolari a Pisa. A 18 anni si arruolò come volontario. Ma prima di partire fu sottoposto ad un periodo d'osservazione a motivo della sua irrequietezza. Durante l'osservazione, maltrattato da un superiore, reagì con vie di fatto, ma non gravi e fu messo in carcere *ad cautelam*. Il colonnello manifestò il dubbio che G. B. fosse pazzo; e G. B., pensando che la pazzia gli avrebbe risparmiato una condanna da 8 a 10 anni di carcere, si fece pazzo, vociferando e asserendo d'essere il Duca d'Aosta. Fu inviato nel 1883 al manicomio di Firenze, vi rimase 3 mesi e ne fu licenziato come guarito, ma era poi certo che fosse stato malato! Andò a Genova, a Porto Maurizio, a Oneglia, a Milano, a Padova, facendo il cocchiere o lo stalliere. Spendeva tutto il guadagno nel cambiare residenza per desiderio insaziabile di svagarsi. Nel 1885 si trovava in patria, a Firenze, quando fu ammesso nel corpo di Pubblica Sicurezza

e inviato a Venezia come guardia di mare. Non arrestò mai nessuno perchè gli ripugnava! Disgustato del nuovo mestiere e sapendo che una mancanza grave gli avrebbe fruttato l'espulsione, andò in una casa di tolleranza, viattacò lite, si astenne dal presentarsi al quartiere, lasciò le armi in un'osteria e girovagò tutta la notte. Il giorno dopo dichiarò che il servizio di pubblica sicurezza gli era antiquato e insultò i superiori. Fu condannato a due mesi di prigione militare ed espulso. Avendo fatto alcuni debiti e col danaro così raccolto andò a Verona, a Brescia, a Milano vendendo stoffe. Tornato a Verona e trovandosi presente a un tafferuglio, piuttosto di dire le proprie generalità, si ribellò alla pubblica forza: una guardia lo riconobbe, si ricordò ch'era stato al manicomio, e ve lo fece rientrare. Anche al manicomio di Verona si comportò bene per un mese; ma, irritato nel vedersi trasformato, cominciò ad ingiuriare e a commettere atti di vandalismo. Fu trasferito al manicomio di Firenze: era il 1886 e vi tenne ottima condotta per 10 mesi. Licenziato, eccolo di nuovo in viaggio: prima a Viareggio, poi a Milano, facendo il cocchiere. Ma G. B. non ha le carte in regola, e la Polizia lo rimanda a Firenze col foglio di via obbligatorio. Per la strada, a Bologna, perde il treno, straccia il foglio e va a perlustrare la città nel cuor della notte. Non tarda ad incontrare le guardie, racconta loro le sue peripezie e anche questa volta, per tagliar corto, simula la pazzia. Al manicomio di Bologna confessa la simulazione ed è dimesso dopo due mesi.

Così gli riesce di tornare a Firenze libero cittadino; ma i parenti, seccati dalle sue domande di danaro, lo fanno internare di nuovo al manicomio. Vi rimane 7 mesi, è dimesso; e vi rientra, in seguito ad istanza dei parenti, nel 1888. Nel periodo di libertà s'era dato a un nuovo mestiere, vendendo verdure o frutta per la strada con un carrettto: attivo, pronto e cortese, faceva buoni affari e non sarebbe stato ricondotto al manicomio così presto se non fosse stata un'epoca di torbidi politici. Infatti lo licenziò nel termine di soli 12 giorni e seppi che s'era impiegato nel lucroso mestiere di facchino in un importante albergo, dove riceveva oltre alla paga un ottimo vitto. Ma invece di far giudizio, si bisticchiò col direttore e parlò per Livorno. Non avendo trovato lavoro nè a Livorno, nè a Pisa, si ripresentò all'albergo di Firenze, domandando d'essere ammesso un'altra volta. Irritato, andò in un'osteria; bevve ma senza ubriacarsi; si ubriacò semplicemente di discorsi anarchici, sentì che i padroni bisognano non mentirgli, e compì un coltello. Lo fece affilare e così armato si mise a commettere con passo concitato davanti all'albergo per 20 minuti; bastò il portiere, fornì l'ingresso; ruppe bicchieri e stoviglie, minacciò il personale di cucina. Qualcuno si ferì leggermente per disarmarlo. Impegnato simulò per la terza volta la pazzia allo scopo di non dissentirsi con una condanna, e riapparve al Manicomio di Firenze. Dopo 3 mesi lo inviò al manicomio giudiziario di Montelupo, dove si dimostrò violento. Persuaso di non meritare alcuna condanna, dal momento che le sue minacce non si erano tradotte in atti criminali, adottò sulle prime un contegno ribelle per attirare l'attenzione e ottenere il trasferimento in un manicomio comune. Ma in realtà era stato condannato per minacce e rimase in quell'istituto per 5 anni; dapprima trattato con la comicità di forza, in seguito sottoposto ad un regime più raddolcito, ma sempre carcerario, secondo la disciplina del luogo. Al manicomio di Montelupo, in compagnia di malviventi provenienti, si protese e si fece praticare il fango; e tranne nel primo mese, si comportò docilmente: era laborioso e rispettoso. Non soffriva mai di convulsioni, non ha alcun segno d'epilessia, la sua sensibilità tattile e dolorifica è normale. Il senso dello schifo è intatto.

Ora, per gli effetti della nuova legge sugli alienati, G. R. è di nuovo al manicomio di Firenze. È obbediente, attivo, ragionevole. Ricorda tutte le vicende della sua travagliata esistenza senza sbagliare nè una data, nè un nome, senza omettere un fatto, senza nulla nascondere; ma non è facile a riconoscere i suoi torti; anzi, a furia di scusarli, finisce per ammazzarsi come atti leciti e innocui. A dargli retta, è lui che si trova in crollato di fronte alla società; e veramente, stando alla stretta legalità, che reati ha commesso? Uno solo: quello delle minacce, che gli fruttò 5 anni di reclusione al manicomio giudiziario senza contare il prolungamento della segregazione al manicomio di Firenze. È un delitto duramente scontato. Ma da un punto di vista più largo, è ovvio che G. R. è un soggetto pericoloso. Bisogna ascrivere a semplice fortuna se la sua impulsività non ha mai prodotto conseguenze più gravi, e non si può riconoscere nelle lievi, ma ripetute manifestazioni di questa impulsività le prove d'una vera inettitudine al viver sociale. Quest'uomo non è malvagio: è laborioso, intraprendente, capace di qualche gratitudine verso chi lo tratta con indulgenza; ma così esuberante di bisogni, così intollerante di freni, così incurante dei danni che reca, dell'incomodo che produce, della inquietudine che sparge dovunque passa, da meritare la segregazione preventiva, purché non inasprisca di ingiusti e irritanti rigori.

TRATTAMENTO DEGLI IMMORALI.

Sia verso gli impulsivi, sia verso gli insensibili, la profilassi è più efficace della repressione, ma è una profilassi assai diversa che si deve consigliare nei due casi. Bisogna educare, soccorrere, emendare gli impulsivi con atti di sapiente rigore; e rendere imposso gli insensibili con una guerra oculata, ma senza riguardo.

Prendiamo in esame gli impulsivi. L'infermenza della società, la sua precipitazione nel decretare pene poco appropriate all'indole dei colpevoli, può impedire agli impulsivi d'emendarsi ed aggiungere nuova esca al fuoco delle loro intemperanze. Le *case di correzione*, le *scuole* di *disegno*, la *sorveglianza* della polizia raggiungono quasi sempre un effetto esattamente contrario al loro fine: irritano in luogo di attondere, e diventano scuole d'incorreggibilità, foci di indisciplina, strumenti di provocazione a nuovi reati. È una vana pretesa quella di domare gli impulsivi portandoli al livello non della saggezza normale, ma d'una docilità ideale, poco umana e che confina con l'ascetismo. Gli educatori s'illudono d'instillare la virtù coi sermoni ad ora fissa, con le privazioni, con gli esercizi religiosi, con fatiche strazianti e con la coercizione ad un lavoro ruoto, male organizzato, sterile e avaramente retribuito; la Polizia con appelli scritti e con mille angustie che rendono impossibile al sorvegliato di guadagnarsi il pane e perfino di cercarsi lavoro. I corrigendi, i sorvegliati, gli ammaliati non rispondono che con antipatia e ostilità. E la vera azione educativa, invece di svolgersi dal maestro o dall'au-

tricità a favore dei regolamenti, eresia e preme con irresistibile energia dalla massa dei loro pari, simpatizzanti e solidali sotto il giogo comune. La suggestione collettiva, continua e multiforme dei collaterali opera ben più fortemente che la suggestione individuale, discontinua e inaffettiva dei superiori. Così avviene anche nei collegi e nelle scuole comuni: le impressioni dirette che orientano e modificano il carattere non partono dagli insegnanti che parlano *ex cathedra* quanto giustato dai compagni che esprimono nell'intimità il loro pensiero riposto. Perciò l'educazione nazionale, intesa come una funzione scolastica o di Stato, è un'utopia. Non nell'ambiente artificiale della scuola, ma tra le pareti domestiche e per effetto d'una suggestione indiretta senza programma e senza pompa si formano, fino a un certo punto, i caratteri: e gli esempi hanno un'efficacia cento volte più grande delle parole.

Talvolta gli immensi impulsi si abbandonano al delitto non tanto per vacillazione antisociale quanto per esuberanza transitoria d'individualismo. Essi risalgono e si moderano con l'andar degli anni, purché la loro vitalità non sia concitata bruscamente e quindi esasperata. Più anche darsi che trovino la maniera di secondare legalmente e costantemente i propri impulsi, anzi di trarne partito, scegliendo mestieri disgiunti, sfidando pericoli, utilizzando insomma la temerità, l'ambizione, le impazienze di cui viteno o frusuto. È difficile che resista alle difficoltà quotidiane, meschine e sgradevoli della vita monastica, militare e carceraria chi non ha saputo adattarsi a quelle ben più forti della vita ordinaria; ma non è impossibile che lo stesso individuo superi gli ostacoli improvvisi, eroici e affascinanti che richiedono vivacità d'immaginazione e vigoria d'emozione per non agire come uno spermotichio paralizzato.

La coscienza conflittuale è un'istituzione veramente ingegnosa, magnanima e utilitaria in favore degli impulsivi. È magnanima perché perdona; è utilitaria perché si converte in un vantaggio economico per la società che la applica, risparmiando a migliaia le giornate di carcere; ed è ingegnosa perché riunisce due pregi così disparati.

Partendo dal concetto che la pazzia isterica sia rigorosamente ereditaria, fu consigliato contro di essa lo spediente radicale della castrazione. La castrazione fu consigliata del pari contro le altre forme di degenerazione psichica. Nel Michigan, in America, il consiglio prese la forma d'un *bill*, che non fu mai eseguito, sebbene credo che sia stato approvato dall'assemblea legislativa: la castrazione avrebbe dovuto infliggersi *ex lege* su tutti coloro che cadevano in reato per la terza volta, sugli omicelli, sugli epilettici e sui colpevoli di stupro. In Europa, NAKKEI propugna assolutamente un trattamento analogo, ma sui delinquenti, sostituendo alla castrazione la resezione del canale deferente: con questo

operazione i criminali diverrebbero infecundi, ma non ingovernabili. In Italia la stessa misura è caldeggiata da ZUCCHETTI. In Francia SERVIER si limita a proporre la castrazione come un surrogato della decapitazione, ripromettendosi da questa mutilazione anche un cambiamento tale del carattere, da rendere possibile col tempo la liberazione dei condannati. Questa rosea speranza è contraddetta con ragione dallo stesso NAECKE. È certo, come osserva LUGANO, che la castrazione dell'adulto non cancella le immagini sessuali: essa appartiene alla classe dei provvedimenti irritanti. D'altra parte, non si può applicarla sopra persone di tenera età prima che abbiano dato prova di essere veramente immorali incorreggibili.

Benché la mutilazione dei testicoli sia chirurgicamente assai facile e senza pericoli, non si trovò alcun chirurgo che osasse eseguirla, nemmeno nella sua forma più blanda e ragionevole, che è quella proposta da NAECKE. L'opinione pubblica considera la funzione riproduttrice con una specie di venerazione a cui partecipano tutti gli interessati. Se i costumi permettono all'uomo di rinunciare volontariamente e senza disdoro ai profitti di questa funzione per un voto di castità o per l'esercizio professionale del celibato, non ammettono per nessuna causa il diritto di attentare al capitale anatomico da cui derivano quei profitti. Per quanto sia insignificante la mutilazione materiale, si considera come immensa la mutilazione morale. Non è dunque il caso d'insistere nella discussione d'un trattamento profilattico che, malgrado la sua utilità sociale, non esce dal novero delle proposte moriche, dal momento che non trova e forse non troverà mai chi abbia l'audacia di applicarlo.

Un trattamento non profilattico, ma correttivo e che finora è anch'esso allo stato di proposta teorica, è quello preconizzato da LUGANO a favore non di tutti gl'immorali, ma dei soli impulsivi. Contro questa specie d'anomalia LUGANO propone la *marinazione tiroidea*. Egli si fonda sulle condizioni favorevoli con cui si presenta il carattere morale nell'ipotiroidismo, ossia nel *retardismo*; e il suo intento è di correggere l'anomalia morale degli impulsivi conducendoli alla frontiera del mixotipo, ma senza varcarla. Questo risultato si può ottenere con la demolizione parziale, risparmiando specialmente le *parafroidi*, si può accrescere con una seconda operazione, se la prima è stata insufficiente; si può temperare con la cura *tiroidea*, se è stata eccessiva. Infatti è innegabile che l'ipotiroidismo dispone all'impulsività, e i *basofossici*, per quanto affetti da un ipertiroidismo probabilmente parziale, vanno soggetti, se non a un deciso perversimento del carattere, a frequenti squilibri affettivi; ed è altrettanto innegabile che l'antitirodismo è un fattore di calma, d'equilibrio, di saggezza non disgiunta da bontà, purché sia mantenuto in proporzioni abbastanza moderate per non travolgere insieme agli istinti aggressivi

anche le funzioni intellettuali. Non già che gl'immorali impulsivi siano da riguardarsi come basolowici o come individui affetti da ipertirodismo; ma l'importante è questo che, prescindendo da ogni antagonismo causale, il mixedematoso si dimostra in evidente e continuo antagonismo di contegno e di sentimenti con l'immorale impulsivo. Non si tratta dunque di trasformare nell'immorale impulsivo l'etica che gli manca, ma di neutralizzare con un grado moderato d'intossicazione le impulsività che gl'impediscono di comportarsi regolarmente.

Uno stato generale che rassomigli a quello del mixedema, ma che non ne raggiunga le proporzioni morbide, può smorzare gli impeti del carattere senza estinguere i sentimenti affettivi, senza ledere l'intelligenza, senza compromettere la salute fisica. Si troverà il chirurgo abbastanza sicuro di sé e dell'idea per sperimentarne l'effetto? Per arrischiarsi in questa via, bisogna circondarsi di precauzioni non tanto dal punto di vista chirurgico, come dal punto di vista legale. Anzitutto è necessario che l'impulsivo sia informato di ciò che l'attende e dei pericoli a cui si espone; egli deve affrontarli per convinzione e col sincero proposito di emendarsi, non per intimidazione, né per inganno. Se si pensa alle condizioni infelici d'esistenza in cui versa un impulsivo quando ha perduta la speranza di redimersi, non si deve credere impossibile la sua adesione serena, solenne e del tutto rassegnata per l'operatore. Così l'operatore si salva dal ricatto; la società esce il palio di purificarsi senza ricorrere a condanne crudeli; e il delinquente va a rischio di subire una metamorfosi favorevole alla propria felicità.

Il sistema preventivo è valido, ma fino a un certo punto e sotto tutt'altra forma, anche di fronte agl'immorali insensibili, almeno finché non abbiano commesso alcun reato. Ma per metterlo in esecuzione con efficacia e con giustizia, bisogna che la società si dia la briga di trasformarsi essa medesima, elevando il livello medio della moralità generale. L'unica arma preventiva contro agl'immorali eccitatori è la diffidenza, l'antipatia, il disprezzo, il boicottaggio. L'opinione pubblica deve orientarsi in senso più coraggioso, più leale, più ribelle verso gl'immorali a freddo, spesso temuti, rispettati e potenti; non deve né temerli, né rispettarli, né salarli. Soprattutto non deve prenderli a modello. Il culto moderno dell'eroe, che è diventato l'estrema espressione dello *snob* letterario e politico, mira a nobilitare l'individualismo selvaggio e il bandito, ma soprattutto il tiranno, in cui una folla d'esteti pezzenti intravede il *successo*, soprenduto i favori. Questa venerazione vile verso le individualità prepotenti ha corretto le leggi non meno dei costumi.

Perché si esita a provare della libertà civile il tiranno domestico, l'avaro, il perverso che si comporta legalmente, ma calpestando i sentimenti

legittimi della moglie e dei figli? Perché si lesina nell'accettare la separazione legale, perché si attende a includere nella legislazione il divorzio, mentre si facilita con tanta leggerezza il contratto sfondamento indissolubile del matrimonio? Perché l'esercizio d'una professione infelicitata, perché una condanna in giudizio, perché una condanna legale, ma palesemente immorale, perché l'ubriachezza abituale e svergognata non devono portare alcun limite né alla patria potestà, né ad altri diritti civili?

Fino ad ora, e specialmente in certi paesi, l'uomo immorale, perché sappia evitare il carcere, gode non solo la pienezza dei suoi diritti, ma anche il rispetto, la considerazione e il voto plebiscitario degli elettori, se mai l'ambisce. Il timore che sparge intorno a sé si converte più facilmente in ammirazione che in odio. Quando un uomo di questa fatta commette un reato, non conviene che la società si lasci sfuggire la buona occasione per condannarlo. Se la generosità dell'animo è una circostanza attenuante che permette di ridurre la pena, non dovrebbero l'insensibilità ad ogni affetto, la durezza di cuore, la prepotenza sistematica, l'infedeltà alle amicizie, l'abitudine dell'adulazione, la servilità, la superbia verso i deboli, l'infelicità verso le donne essere riconosciute ufficialmente come circostanze aggravanti e capaci, perché fossero documentate in giudizio, di accrescere la pena?

Le pene sancite dal codice sono un ottimo preservativo sociale, e quasi se non ci fossero. Reprimendo un atto criminoso, se ne prevengono molti altri. Se la repressione per quanto severa non trattiene dalla recidiva tutti gl'impubbi, e se il timore della repressione non è efficace su coloro che delinquono per la prima volta in un momento di passione o d'odio, nessuno può contestare l'evidente utilità del codice penale sulla tela dei mediocri equilibrati e sulla cateratta degl'immorali insensibili, ma saggi. Tuttavia, affinché la pena sia sanzionata dall'opinione pubblica e non trovi ostacoli nella sua applicazione, bisogna che appaia giusta. Le repressioni politiche, appunto perché sono quasi sempre ingiuste, esagerate e ispirate ad un eccesso di egotismo collettivo, non furono mai efficaci. Le pene eccessive e ingiuste provocano o presto o tardi la reazione dei sentimenti popolari in favore dei colpiti e contro l'autorità che punisce, specialmente se l'eccessività e l'ingiustizia sono dettate da preconcetti o da interessi di classe. Bisogna evitare che anche verso gl'immorali insensibili si organizzi un odio cieco e irrisolto. In fondo la mancanza di sensibilità morale è un'anomalia come un'altra, e sarebbe stolido non meno che ingiusto di odiare le vittime di quest'anomalia, per quanto possano e debbano riuscire antipatiche.

Ma a parte gli odi volgari e ogni inutile inaspimento di pena che ne sia l'eco, la difesa sociale richiede che i delinquenti siano sorvegliati o

nessi al sicuro: i delinquenti per immoralità costituzionale al pari o più degli altri. Essi non sono né meno pericolosi, né meno condannabili dei delinquenti ordinari, e non vi è ingiustizia a mescolarli insieme nelle carceri o altrove. È vero che il loro reato ha per coefficiente necessario un'anomalia di cui non è responsabile il disgraziato cui è toccata; ma tutti i reati, anzi tutte le azioni umane, anche le più meritorie, hanno una genesi analoga, perché provengono, oltreché dagli avvenimenti esterni, da una struttura psichica che riceviamo in retaggio senza beneficio d'inventario. Noi non siamo liberi di scegliere un carattere peccato e sociabile, né di fornirci al bisogno la volontà che ci bisogna. Non vi è dunque ragione d'invoCare alla spacciolata la legge del determinismo come se fosse una particolarità degli immoralisti anomali e tacendo ipocritamente che in realtà la ripetiamo valida per tutti. Se non si ha il coraggio di combattere il dogma del libero arbitrio in campo aperto, si finirà per subdormare ai rigori della condanna penale i rei meno inaspettabili, cioè coloro che sono stati spinti al delitto da circostanze esterne, passeggero, oppure altrettanto fatali.

Tuttavia, poiché esistono i *manicomii giudiziari*, sarebbe opportuno riconfermarli alla loro funzione originaria, cioè di ricoveri esclusivi per criminali locali e anormali. Da un lato, per quanto anormali, costoro sono intollerabili negli ospedali di alienati dove portano il disordine: lupi in mezzo alle pecore, veggenti in mezzo ai ciechi, anormali in mezzo ai malati (vedi gli anormali, anche i pazzuoli, gli omosessuali e gli imbecilli stanno a disagio nei manicomi comuni). Dell'altro lato non è adatta per criminali di ansima, che agiscono in ragione di motivi interiori, la promiscuità con individui che si suppongono emendabili e che, appena abbiano scontata la pena, avranno il diritto di rientrare nel consorzio civile. I limiti dei manicomi giudiziari, ma suddivisi con criteri psicologici secondo la peculiarità del loro carattere, gli immoralisti di nascita potrebbero essere studiati, trattenuti, utilizzati e in qualche caso anche licenziati dopo una lunga prova di docilità, senza che la durata della loro reclusione dovesse necessariamente corrispondere alla sentenza pronunciata in anticipazione dal giudice. Ma per un soggiorno così prolungato, per uno studio così arduo, per una serie di decisioni così gravi bisogna che il manicomio giudiziario realizzi le condizioni amministrative, disciplinari e tecniche d'un ottimo manicomio comune, non d'un pessimo carcere. Si dovrebbe organizzare il lavoro con norme più educative che utilitarie; cimentare la capacità dei detenuti alla vita libera, permettendo loro una certa libertà entro il recinto chiuso dello Stabilimento; vigilare affinché i più facinorosi non esercitino la camera e la tirannia sui più deboli; reprimere la noia e incoraggiare la lenità; promuovere *necessariamente* confidenziali;

mettere in opera sopra un numero limitato di individui psicologicamente assai semplici e conoscere quelle provvidenze che Enrico Flauti riconosce come una riforma radicale della giustizia punitiva.

Per ora i manicomi giudiziari non servono né a questo, né ad altri scopi. Essi raccolgono una compagnia piuttosto mista: individui che hanno commesso furti, stupri, ferimenti, uccisioni in stato d'incoscienza morbosa e che di criminale non hanno nemmeno l'apparenza; condannati che nel corso della pena sono impazziti ed hanno cessato d'essere pericolosi, ma disturbano la quiete del carcere; accusati in attesa di giudizio e sospetti di pazzia. I pazzi morali vi sono in minoranza, e molti di essi si trovano tuttora nelle carceri, ciò che sarebbe il minor male, o nei manicomi comuni, di dove invece possono uscire con la massima facilità. Infatti è ben naturale che il Direttore d'un manicomio, messo nell'alternativa o d'introdurre la rivoluzione con la presenza d'un elemento eterogeneo in mezzo a malati più o meno innocenti, o di sgomitagliare nel consorzio civile un essere pericoloso, deve attenersi a quest'ultimo partito. Il suo dovere principale è di conservare l'ordine nello stabilimento a cui è preposto come direttore responsabile; quanto all'ordine sociale, tocca alla collettività, non a un singolo cittadino, di provvedervi come meglio può. E il meglio in questo caso consiste nel non commettere lo sbaglio d'inviare tra i pazzi i rei preclusi per *debolezza di sentimenti etici*, per *incoercibilità morale*, per *pazzia morale*. Se questi infelici laici, ma moralmente imperfetti non si vogliono internare nei manicomi giudiziari, che sembravano creati apposta per essi, tanto vale lasciarli in carcere, come si faceva una volta, cominciando col negare la loro più che discutibile irresponsabilità. All'attuale incertezza di criteri giuridici contribuisce in gran parte la suggestione di nomi equivoci, come quelli di *incoercibilità morale* e di *pazzia morale*, che si applicano male a individui ben poco imbecilli, tutt'altro che pazzi e niente affatto morali. Anche per questo, cioè per non aumentare la confusione nei Tribunali, io ho creduto bene di adottare le espressioni: *immoralità costituzionale*, *incoercibilità di nascita*, che comprendono la criminalità in azione dei *delinquenti nati* e la criminalità in potenza degli *inattesi* osequenti alla legge e che non delinquono. Se gli alienisti saranno fermi e concordi nel dichiarare che l'immoralità congenita è un'anomalia, non una malattia, anche il legislatore e i magistrati saranno più precisi e concordi nell'assegnare agli immorali di nascita un trattamento che rassicuri la società, ma con giustizia e oculatura.

CAPITOLO XXIV.

La paranoia

La paranoia è un'anomalia costituzionale molto rara, che rimane lunghi anni latente e che si manifesta nell'età matura con un delirio parziale, ma assai tenace. Questo delirio non è che il lento e durevole trionfo d'un *preconcetto*. Il *preconcetto* paranoico vince a poco a poco ogni evidenza contraria; e a dispetto della realtà, dell'opinione pubblica, del senso comune, si organizza in un sistema coordinato d'errori, errori che diventano i viventi della personalità intellettuale e la pongono gradualmente fuori dai ruoli della normalità. D'altra parte, la presenza d'un delirio estremo non disturba i giudizi sopra certe questioni generali, né sopra i fatti di minuta cronaca quotidiana, e i paranoici, per quanto invecchiati, non perdono nulla della loro lucidezza abituale; anzi sono costretti dalla singolarità della loro posizione tra increduli e contraddittori ad utilizzare le armi della dialettica, superando qualche volta i mediocri di mente sana.

Ben diverso dalle costruzioni bislacche e poco serie della *demenza paranoide*, diverso più che mai dai deliri melancolici, paralitici, amenziali e demenziali, che mancano di stabilità e di legame, il delirio dei paranoici genuini è verosimile, resistente, nutrito d'una logica sbagliata, ma robusta e perciò incorreggibile. Spesso rassomiglia nel contenuto, ma sempre contrasta nell'origine con le aberrazioni religiose, politiche o scientifiche di cui è seminato il cammino della storia; perché tali aberrazioni sono il frutto d'una suggestione reciproca, estesa, continua, che le rende sensibili ed inevitabili, finché non subentra e non predomina una nuova corrente d'opinioni. Di queste cantonate storiche è responsabile l'intera collettività, non l'individuo scotto; dell'errore paranoico non è responsabile che l'individuo.

I temi del delirio paranoico si riflucano a ben pochi. Sono tele pittorresche antiquate di romanzi ed satirgo, che il paranoico applica a sé stesso, di cui anzi è il protagonista e che finisce per credere veritiere. L'aspira-

none di questi romanzi parte da un sentimento egoistico e prepotente di paura o d'avarizia o di vanità, che soverchia la ragione, anzi ne fa il suo strumento. Dalla timidezza germigliano i deliri di persecuzione; dall'avarizia, che è poi la timidezza nel campo economico, i deliri di quercia; dalla vanità, che è l'egoismo idealizzato, i deliri erotici ed ambiziosi.

Ma i preconcetti ispiratori possono anche nascere dall'altruismo e rivestire una forma più o meno disinteressata, traducendosi in *teorie impersonali*. Questi deliri altruistici a tema filosofico o pseudo-scientifico non sono esenti da un pizzico di vanità, che di solito non è nemmeno dissimulata; ma, al contrario dei deliri egocentrici, preservano il paranoico da conflitti aperti con la società, spesso anzi contengono qualche idea buona e generosa, che salva l'interessato dalla taccia di pazzo o gli merita le circostanze attenuanti con la semplice condanna al titolo di *mattoide*. In ogni modo, o che assuma l'aspetto d'una teoria chimérica o che diventi un'autobiografia favolosa, il delirio paranoico parte sempre da un preconcetto individuale. Perciò, a differenza dalle utopie degli intellettuali sani, non è mai preso sul serio da nessuno: né dai posteri, né dai contemporanei. Così i paranoici si classificano, secondo il delirio che presentano, in due categorie:

1.^a Paranoici con delirio astratto o *mattoide*;

2.^a Paranoici con delirio egocentrico, *querelanti*, *perseguitati*, *erotici*, *ambiziosi*.

I veri paranoici, salvo qualche eccezione, non sono *allucinati*. Tra i *mattoidi*, i *querelanti*, gli *erotici*, che della paranoia costituiscono le varietà più tipiche, le allucinazioni sono affatto ignote. Ne soffrono, ma di rado, i *perseguitati*. Solo tra gli *ambiziosi* dediti a deliri predittici si trova senza troppa difficoltà chi sente la voce di Dio od è soggetto a visioni celesti, se pure non «*ne* vanta gratuitamente per autosuggestione, o magari in malafede e a puro scopo di propaganda. Del resto, si tratta d'allucinazioni solitarie, poco frequenti, prodotte in via subordinata da un'emozione intensa, come accade nei normali e negli isterici: per paura, per fanatismo, per effetto dell'attenzione aspettativa, nel silenzio della notte, eccezionalmente. Le allucinazioni paranoiche hanno dunque ben poco di comune con quelle delle psicosi propriamente dette, compresa la demenza paranoica: mentre nella paranoia si contano rare allucinazioni che possono ridursi ad un esemplare unico in tutta la vita e che vengono assimilate nella trama d'un delirio coerente, nelle psicosi acute e nella demenza precoce si tratta quasi sempre d'uno stato allucinatorio, sorgente inesauribile d'errori svariati ed effimeri, che per la loro abbondanza offuscano la percezione dell'ambiente reale, talvolta fino al-

l'incoscienza; è lo deformato fino all'assurdità, togliendo ai malati ogni lucidezza.

I paranoici si comportano invece come persone di mente sana e all'esterno del loro delirio ragionano con buon senso. In essi non vengono mai meno la riflessione, l'amor proprio, la dignità; non è mai dato di seguitare né un turbine morboso di passione, né un'eclissi della coscienza, né uno sconvolgimento generale dell'organismo. Perciò il delirio paranoico non è l'espressione banale d'un disordine morboso, ma il tratto d'una mostrosità intellettuale che esiste in germe e maniera fatale: mentre nel pieno vigore della salute e dell'età; non nasce per rivoluzione, ma per evoluzione; non è una malattia, ma un'anomalia o, per dir meglio, l'indice di un'anomalia. I paranoici, per lucidità d'intelligenza e coerenza di condotta, sono l'antitesi dei maniaci; anzi il più gran numero di essi riesce senza difficoltà ad evitare l'ingresso.

Anche nelle persone normali il sentimento della certezza, che infonde alle nostre idee il carattere di convinzioni, non è quasi mai, come dovrebbe essere, la risultante laboriosa, rigorosa e serena d'una discussione interna. Noi adottiamo una quantità d'opinioni senz'aver abbracciato i vari aspetti dei problemi relativi o siamo ben lontani dal tener conto egualmente di tutte le soluzioni possibili. Nella gran maggioranza degli uomini la logica è veduta cento volte al giorno, non per partito preso, ma, secondo i casi, per pigrizia, per amor proprio, per passione. La pigrizia trattiene dai ragionamenti completi e induce la gente dominante, essa e più, ad accettare senza molta critica le formule inabitate frettolosamente dalla tradizione. L'amor proprio perverte e provoca giudizi più originali; ma in quanto è inseparabile da un'eccessiva fiducia di sé, spinge a conclusioni precipitose e impedisce la risipiscenza. La passione in genere suggerisce soluzioni sbagliate per unilateralità. Insomma, di fronte ai problemi più complessi o più elevati o più appassionanti che si presentano nella vita sociale e individuale, le soluzioni esatte sono un'eccezione; ognuno porta con sé un bagaglio di errori e di mezzi errati, perchè ai preconcetti ereditati aggiunge spesso anche i propri; e la logica non riprende il suo impero assoluto che nelle questioni semplici o in quelle che, senz'essere semplici, lasciano l'animo indifferente, com'è il caso della matematica pura e, fino ad un certo punto, delle scienze esatte.

Le religioni formano alla credulità umana sistemi ingegnosamente edificati d'errori, che sono vere sfide alla logica, le più audaci e fortunate che si conoscano. Se si potesse darne un giudizio ad animo libero, come avviene quando si prende in esame la fede unida d'un popolo lontano, basterebbe la forza logica d'un bambino moderno a distruggere

ogni edificio religioso, nessuno eccettuato. Ma gli errori tradizionali divengono nei popoli da mille fuochi sparsi, cioè dai mille preconcetti individuali degli esseri primitivi. Le anime semplici dei primitivi sentono il bisogno prepotente di spiegare comechessia la causalità dei fenomeni e sono naturalmente mistiche. Sopravvive la civiltà: la teologia nobilita le superstizioni in nome della morale; la storia, col pretesto di narrarle, le abbellisce e le consacra all'ammirazione degli eruditi, dei retori, dei poeti; il tempo, trasformandole in simboli, maschera sempre più e quindi ribadisce, non corregge il loro vizio d'origine. Così i popoli incivili accumulano, tesoreggiano e tramandano a loro volta errori atavici che respingerebbero senza fallo se si presentassero alla loro mente per la prima volta e senza il passaporto della tradizione. I pregiudizi si respirano a pieni polmoni dall'atmosfera sociale, e la critica individuale è impotente alla disinfezione completa. Se la logica pura riesce a conseguire qualche vittoria parziale, la deve al razionalismo, cioè al lento formarsi d'una tradizione moderna, che si contrappone timidamente all'antica, ma che non riesce efficace sull'individuo isolato, se non per mezzo di sforzi collettivi e ripetuti, cioè diventando antica a sua volta.

Quanto alla potenzialità dialettica dell'individuo normale e moderno, è vero ch'essa non basta ad eliminare tutti i pregiudizi tradizionali di cui siamo sovraccarichi e, per così dire, saturati sotto pressione. Ma essa è sempre più che sufficiente per orientare verso la verità la parte spontanea e veramente originale del nostro pensiero; se non vale a liberarci da tutti i vecchi errori ereditari, ci preserva almeno dal commetterne dei nuovi per conto nostro. Ed anzi, benché si trovino ancora dei credenti fra persone dotate d'intelligenza e cultura, è ben difficile che gente al di sopra del livello medio accetti, p. es., il dogma della Trinità o quello del Diavolo. La fede al soprannaturale non arriva più ad ammettere miracoli che in forma retrospettiva. Le religioni hanno dunque perduta la capacità di svolgersi in senso mistico e non si trasformano che per confondersi in una specie di morale religiosa, che rappresenta il loro tramonto. In ogni modo, sono già a gran distanza dalle forme primitive. Solo in Russia, per un fenomeno d'arresto dello sviluppo sociale che ha infuocato alcune popolazioni estremamente remote, è ancora possibile la creazione di fedi nuove e mistiche che hanno forza di diffondersi sotto forma epidemica dove le idee moderne non erano ancora arrivate o son cenno mai state capite. Queste popolazioni vivono nell'atmosfera storica dei nostri antenati lontani e ne ripetono gli errori fisiologicamente; sono i primitivi del nostro secolo.

Nel 1897 si seppe che a Tiraspol ventotto persone s'erano sotterrate vive per sottrarsi al censimento. La setta dei *Klasy* (flagellanti) e quella degli

Slojazy (castrati) floiscono a settentrione e a levante della Russia e non vi è amata che passi senza processi contro i nuovi focolai di queste strane religioni. PAOLO JACOBY, medico in capo dell'asilo provinciale ad Orel, si è reso benemerito dell'umanità e della psichiatria, assumendosi il compito d'illuminare i magistrati e la pubblica opinione sull'origine paranoica di tante religioni crudelmente e inutilmente conculcate dalle autorità russe. Nel 1902, narra JACOBY, la popolazione d'una grossa borgata fu presa da fanatismo religioso e piombò in chiesa mettendo tutto a soqquadro col grido: *In cerchà messiasa!* E ciò per collocare sull'altare uno dei suoi, un individuo di nessun valore che un pastore aveva investito di poteri divini, i colpevoli furono condannati ai lavori forzati; il pastore, istigatore del movimento, fu identificato per un certo Mosè Theodosienka, un pazzo che aveva passato lungo tempo in un asilo ed era stato licenziato perchè inoffensivo. Invano fu domandata un'inchiesta psichiatrica: la Corte d'appello di Kharkow rifiutò ogni inchiesta, ogni perizia e persino di ascoltare il medico della prigione.

La setta dei *Flagellanti* è disseminata in colonne più o meno rilevanti sopra un territorio immenso e perseguitata con un accanimento feroce: gli adepti si riuniscono per il culto comune in grande segretezza, ponendo seminare. Essi conducono vita sobria, non mangiano carne, s'astengono dal vino e dai liquori, non prendono parte a schiamazzi, né a feste, non bestemmiano, trattano bene gli animali, si soccorrono a vicenda e sono più ricchi della popolazione circostante. La loro dottrina e i loro riti presentano un interesse straordinario. Al Dio personale dei Cristiani è sostituito uno spirito vago, anonimo, senza attribuzioni, che può esser attinto sulla terra con insidie e ruse, diventando il padrone di colui che se n'è compenetrato e che diventa a sua volta un automa sacro, insindacabile. I flagellanti aborriscono il matrimonio e ogni sistemazione dei rapporti sessuali, considerandoli come qualche cosa di osceno, di obbrolioso, di criminale davanti a Dio e gli uomini; ma praticano il coito religioso allo scuro, tra i *fratelli* e le *sorelle* della setta, possibilmente senza distinzione e con la massima condiscendenza, non appena il gran sacerdote dà il segnale e spegne il lume: gli accoppiamenti anonimi e obbligatori non consentono d'indietreggiare nemmeno davanti all'incesto. Il gran principio dei flagellanti è la fraternità generale, che sopprime ogni egoismo individuale e di famiglia, ogni legame stretto di parentela, ogni gelosia a beneficio della collettività; ma guai alla donna che si concede ad un estraneo.

Siamo dunque al matrimonio in comune, alla prostituzione sacra, allo stato sociale illustrato da BACHOFFS, da GENAU-TEULON, da MAC-LENNAN, alla *ginecocratie* (JACOBY). Queste aberrazioni assumono anche altri aspetti e la loro genesi è sempre la stessa: un paranoico si profuma

profeta, Gesù, Spirito Santo, spiega le Sacre Scritture con rime e assonanze più o meno balorde; e trova profezie entusiasmanti in una moltitudine la cui ignoranza tocca i confini dell'imbecillità. Nel 1891 Sarovskow ha potuto raccogliere dati precisi su più di 10.000 persone che s'erano uccise gettandosi volontariamente tra le fiamme. Nell'epidemia religiosa di Tiraspol il suicidio collettivo sale ad una forma ancor più raccapricciante, come abbiamo veduto: orbene, pare che anche di questa aberrazione non manchino esempi storici che le imprimono il carattere dell'atavismo. Un popolo intero, i Tchouds, avrebbe professato come culto nazionale la morte per seppellimento anticipato: essi scavavano una fossa grandissima, la coprivano con un letto carico di terra e tenuto ritto con pali, poi discendevano nella fossa abbattendo i picchi. Nel nord della Russia e nella Siberia occidentale si trovano ancora le fosse dei Tchouds e corre la leggenda che sono dovute a questa strana specie di rito religioso.

Un altro psicologo, NISA-RODRIGUES, descrive nel 1898 un'epidemia di psicosi religiosa tra i mulatti del Brasile e combatte la teoria atavica della paranoia; ma come osserva PAOLO JACOBY, il suo studio «successivo sull'animismo nei Negri di Bahia» parla contro di lui. L'atavismo si rivela assai più nettamente nella paranoia che nella immoralità costituzionale, perchè le idee cambiano in modo più preciso e più visibile che i sentimenti. Chi ardirebbe accettare che gli uomini odierni siano moralmente migliori degli antichi? Ma chi vorrebbe negare che siano più intelligenti?

Eccellenza, benchè non rara, nell'uomo moderno, il misticismo nel primitivo è la regola. Le folie che sonnecchiavano e stanno estinguendosi nei nostri cervelli insviliti hanno tanta parte del pensiero antico, da tenere nei suoi fasti il posto della logica, sariano ogni curiosità, debellando ogni dubbio, animando ogni cosa. Gli stili di TYSON, di LYNDOK, di SIMONET ci permettono, mercè osservazioni ed inchieste praticate su vari punti del globo da missionari e da esploratori, di ricostruire la figura morale dell'uomo primitivo servendoci di quanto sappiamo sopra i selvaggi d'oggi. L'inselligenza dei primitivi era condotta a creare i propri miti non tanto da una sovraccollazione del sentimento quanto dall'uso regolare di una fantasia abbandonata a sé stessa. La fantasia, che dovrebbe essere il modesto lambrusco della ragione, se diventa il rappresentante, il facitòre, la sopraddittrice, anche se non è molto fervida, ogni qualvolta la ragione è pigra o più povera di lei.

Il giorno e la notte, la pioggia, la nuvola, la rugiada, il vento, la fata morgana, lo sviluppo delle piante e degli esseri animati, la loro nascita e la loro morte, le metamorfosi degli insetti, la fiamma che splende e che finisce nel nulla, costituiscono, dice SEZUAN, altrettanti indovinelli che devono necessariamente affacciarsi alla coscienza dell'uomo pri-

nativo, ma che la sua ragione è ancora incapace di risolvere logicamente. A risolverli invece misticamente lo inducono molti fatti e molte osservazioni piene di forza suggestiva. L'ombra del suo corpo, l'ombra intangibile e distans che accompagna i suoi passi e riproduce i suoi gesti, che vibra, si accorcia, si allunga, che illividisce, si riempie e scompare, è per lui un'anima, una seconda edizione di sé stesso, quella molesta anima che emigra quand'egli dorme, che viaggia quand'egli sogna. Ma non solo gli esseri viventi, anche gli oggetti inerti hanno un'ombra; ed anche quell'ombra è una specie d'anima, una ripetizione incorporea dell'oggetto che apparisce e sparisce a volontà.

Nessuna meraviglia producono in noi, ammestrati da un'educazione secolare, le immagini che si riflettono dalla superficie di un'acqua limpida o i suoni ripercossi dall'eco; ma al selvaggio, che ne fa la scoperta assai tardi, esse confermano o suggeriscono la possibilità d'uno sfoppiamento che deve apparirgli come un portento di spiegazione ad un portento d'osservazione. A questa virtù occulta di raddoppiamento ne va aggiunta un'altra: quella di trasformazione. Il ghiaccio si cambia in acqua, due legni strofinati si convertono in fiamma e poi in cenere, il fiore diventa un frutto. Per analogia, un uomo può trasformarsi in oro o in vivanda; e la creatura vivente in una statua di creta o di sale. Dov'è la nozione fisica o chimica che possa avvertire il selvaggio del suo errore? Essa non è ancora sboccata, e il mito che ne usurpa il posto non è in fondo, data l'ignoranza del ragionare, che una forma, la più ovvia e legittima di ragionamento. Sulle montagne si vedono spesso vaste macchie oscure che cernimano, ombre di navoli lontani, tanto lontani che non si vedono e si possono credere assenti, e sempre si stacca dal corpo l'anima dei dormienti; o talvolta vengono a visitarsi nel sogno quelle dei morti che hanno abbandonato la tomba. Dunque, conclude il primitivo, vi sono anime di morti, spiriti di viventi, ombre di cose remote ed ignote che si emancipano dalle loro forme materiali e possono correre allo sbaraglio per conto proprio. Vi è un mondo invisibile o semi-visibile più popolato, più vario, più potente di quello in cui viviamo e vediamo.

Eccoci ormai in gruppo al consesso finito dell'anima selvaggia. Possiamo abbandonarci ad esso e perimetrare senza fatica tutto il latitante del misticismo primordiale. Vogliamo decifrare la genesi montuosa del fetichismo? È semplicissima. Il Negro che si accinge ad un'impresa pericolosa e teme vendette o tranelli dagli spiriti che frulano nella terra e nell'aria è pronto ad interpretare per un appello ogni impressione che lo colpisca più delle altre: un ciottolo più levigato e più tondo, una spina che per caso lo ha prunto, diventano il feticcio che procurerà di propiziare con inchini, confessioni, preghiere, voti o mazzette. Nella Nuova Zelanda si vedono gruppi di posture ritte in piedi disposte in circolo e tutte in rosso (il colore sacro) e sotto tabar, cioè feticci a cui la virtù protettiva viene infusa artificialmente con manipolazioni o scorgimenti. Così il misticismo si alza d'un gradino: diventa esercizio o per lo meno strepitosa.

Una forma di misticismo più intellettuale ed anche più coreografica è il totem: le divinità, adorate con riti regolari, invece di rinchiudersi in piccoli oggetti insignificanti, hanno residenza stabile e non priva di dignità negli alberi, nei laghi, negli animali. Un altro progresso, e si passa al polidemo: gli Dei minori soggetti ai maggiori, simili gli uni e gli altri all'uomo, ma in generale più potenti, possono purificarsi agli Dei e talvolta con essi competere: ora, i guerrieri, i maghi, un anziano illustre, uno sciamano benemerito per conquista o come maestro pacifico di ri-

vità. Solo assai tardi si arriva a quella religione filosofica che costituisce una sintesi cosmogonica, ma sempre mistica, dove un ente immortale e onnipotente rappresenta l'origine e la ragione di tutto il creato.

Ma un concetto così elevato, malamente assimilabile ai pochi, è addirittura lettera morta per il volgo. Il volgo è pre-cristiano in Europa come è pre-buddista in Asia; e quasi senza saperlo resta fedele al politeismo. Per lo meno è bi-religioso: sotto l'altare del monoteismo lascia trasparire la vecchia fedi dei pagani; sotto gli imperatrici della scuola o della chiesa le superstizioni del cuore. Gli angeli sono un residuo — una sopravvivenza; i santi un ritorno parziale — una riviviscenza — del paganesimo. Se i dogmi si rinnovano e assumono parvenze moderne, vi è il rito che rimane e serba ancora immutabile l'impronta del misticismo selvaggio.

Gli indigeni di Tahiti pensano che non solo gli alberi e i frutti, ma perfino le pietre che frantumano sui monti e ci feriscono al di sotto dell'anima. Il bambino cinese non osa avanzare nei templi da solo, perché li crede popolati di fantasmi dalla lingua sporgente, dagli occhi spalancati, dal volto minaccioso. Il Negro adulto si rappresenta la natura come una ridda misteriosa di feticci che ne promoziono i frenetici e i catatissmi. Gli indiani ammettono ad ogni avvenimento l'immagine d'un animato che lo produce. Il Dio Horry rimbombava nei boschi della Senegambia chiedendo vittime, e dal bosco parte la voce lamentevole della Wili. I Calmucchi sentono fischiare nell'aria il drago Lun Chan. Nei Paesi Bassi, come un ricordo d'altri tempi e fra le popolazioni rurali, c'è ancora la superstizione che il sole, la luna, il vento siano esseri selvaggi, divoratori dei cristiani (J. Vissers). I contadini dell'alta Bretagna ascrivano con terrore i racconti del revenant (SAILLOT). In Francia c'è ancora il *mauve fosses*, in India il *batan* e la *batava*, che girano per le strade e per le case, tagliando la testa ai bambini cattivi e specialmente a quelli che la sporgono troppo dalla finestra, o distribucendo regali. Il *mauve* di tutti i paesi è una maniera di mito. Le anime dei corpi decollati, gli spiriti e gli spiritati, i morti, il Duvolo, le streghe, le fate, le signore, le donne di fuori, le magare, la sirena del mare, i nani, i *sercassé*, i *cerassé*, il lupo mannaro ed altre entità mitologiche vivono e palpitano ancora nell'anima del popolo siciliano (PERRI). I Russi ortodossi credono a Gesù e alla Madonna, ma anche al *coslony* o spirito delle acque, alla *rousska*, specie di naiade o sirena nazionale, al *leebé*, nume dei boschi, al *domoico*, genio del focolare domestico. La fede nei mali spiriti è sempre generale negli Arzieni (R. HARRISS). E fu così comune, così antica, così invincibile anche fra i popoli civili, che Agostino in *de Civitate Dei* li discese senz'averne il coraggio di seguirli, e Livio nel diciassettesimo secolo li affermava numerosissimi (R. TYLOR).

Nel medioevo imperò il satanismo. La natura ne era contaminata. Il frate, scrive ARTHUR GUAY, che viveva murato nel suo convento come in una fortezza, la mirava con vago senso di terrore e vedeva in essa quei l'accampamento degli innumerevoli suoi nemici. Le selve profonde e nebraggianti, le crede accigliate dei morti, una valle orrida e cupa, un lago immobile in mezzo ad una pittura deserta, un torrente che balza squarciando e magliando fra travolti macigni erano per lui come gli aspetti d'una soma minacciosa, dietro alla quale si trama un'immensa e formidabile insidia e donde prorompe ogni poco e penetra fin nella cella dell'asceta la potenza impetuosa del male.

Ai giorni nostri, malgrado le esortazioni dei governi, il misticismo re-

ligioso prende ogni tanto le sue rivincite. Se in Russia, come dicevamo, popolazioni intere abbracciano con fervore raddoppiato dall'opposizione religiosa nuove, originali, piene di vitalità, che si trasformano continuamente, che dunque non soltanto sono, ma diventano, e che spingono i proseliti alla chiusura, all'isolamento, alla fuga nei luoghi deserti, alle mutilazioni, al suicidio per fame, al lacerarsi di fuoco e di sangue (L'NOY-BLAKANTI); non mancano manifestazioni meno eretiche di misticismo anche fra i popoli incivili, i medusi, i tavoli giranti, la trasmissione del pensiero, la chiaroveggenza, l'azione dei farmaci a distanza completano e perpetuano, sebbene in modo superficiale e con apparenze scientifiche, il carnevale barlesco e lugubre del misticismo selvaggio, sono una forma attenuata di neo-misticismo aristocratico.

Dunque i miti non provengono, come pretende MAX MÜLLER, da allegorie non capite, o da metafore prese alla lettera, o insomma da un *qui pro quo* di vocaboli, ma da errori e ingenuità del pensiero: sono una maniera di pensare. Le stesse leggende compaiono come una tappa necessaria dell'evoluzione umana fra popoli diversi, che mai ebbero fra loro il minimo rapporto: in Grecia, in Egitto, tra i Samodeti, nelle isole del Pacifico. Non già perché i popoli se le sono lasciate dalle frontiere come un citonello o una parola d'ordine, ma perché costituiscono uno stadio inevitabile nel faticoso sviluppo dell'intelligenza. Al bisogno di conoscere la causa delle cose fa riscontro l'istinto d'altacciarsi col minimo sforzo alle interpretazioni più semplici, di accettare le soluzioni già fatte, di girare e spergiurare ch'esse sono le sole vere. I primitivi, gli adolescenti e gli adulti moderni, ma di corto cervello, non sono capaci di tollerare lo stato psichico del dubbio, sconsolito. La loro ignoranza si abbevera con soddisfazione nel misticismo e se ne ubriaca. Di qui le spiegazioni per analogia, la personificazione del mondo e dei suoi fenomeni, la rappresentazione della natura sotto forma d'una baracca antropomorfa di fantocci, piccoli e grossi, grotteschi e terribili, minuscoli e giganti, diavoli e angeli custodi, che pullulano dappertutto, che si agitano, che si rendono molesti o benefici, prendendo parte alla nostra vita, sedendo al nostro desco, infliggendo tormenti, largheggiando favori, talvolta in lotta fra di loro, più spesso organizzati contro l'uomo in una specie di brigantaggio insubordinato, ma incessante, a cui è più facile sottrarsi coi trilli che resistere con la forza.

I paranoici sono altrettanto mistici del volgo e dei selvaggi, sono anzi più mistici di essi e di tutti, perché il loro misticismo nasce, si svolge e persiste a dispetto dell'ambiente. Del resto, le manifestazioni del misticismo paranoico sono qualitativamente simili a quelle del misticismo primitivo: unica differenza è appunto l'ambiente storico da cui scaturiscono. I primitivi sono figli del loro tempo; i paranoici sono ammazzati di tempo. Il misticismo dei primitivi è la manifestazione modesta, tranquilla e collettiva d'un pensiero imperfetto che si sviluppa; il misticismo dei paranoici è l'esplosione audace, violenta e individuale d'un pensiero in regresso ed antievilabile.

Le storie cliniche dei paranoici di tutti i tempi e di tutti i paesi sembrano altrettante edizioni abbastanza monotone d'uno stesso racconto. Siccome la paranoia è un'anomalia evolutiva che abbraccia tutta la vita

d'un uomo, queste storie cliniche sono logografie complete, dove i paranoici hanno quasi l'aria di conoscere a menadito la psicologia dei primitivi, e parrebbe che si proponessero deliberatamente di contraffarli. Anche per essi il mondo apparisce formicolante di forze e personaggi invisibili, maligni, proteiformi, consociati in quel malandrinaggio talvolta spaventoso, talvolta anche comico, che flagella o che stuzzica, ma in ogni modo conturba la coscienza ingenua del selvaggio. Anche per essi qualche cosa diventa qualche cosa, e il male e il bene, ma soprattutto il male, sono continuo oggetto di personificazioni simboliche. Nei deliri paranoici e in quei deliri sistematizzati che, senza essere costituzionali, imitano transitoriamente le fantasicherie della paranoia, sono agenti di varia natura e di varia potenza che sibilano alle orecchie del colpito e destano in sua sorpresa movendo una tavola o una seggiola, sfolgiando i suoi libri, rovesciando un calamaio, voltando un ritratto, frugando i suoi cassetti, spegnendo i lumi, cospargendo le lenzuola di polvere, apparendo in sogno come incubi, infettando le vivande, riprendendo con una molernità di forse che è soltanto nei sogni quello stesso va e vieni di forze rovine e meste che metteva in traballio l'anima paurosa del primitivo. Poi lentamente le forze e gli spiriti terrestri assumono forme e tendenze umane, diventano persecutori non più anonimi o generici, ma determinati e individuali, che forsecono, deturpano, avvelenano, assopiscono, calunniano, corrompono, rubano il pensiero col fiato, col nascondiglio, con la fisica, con l'elementare, avvolgendo, mediante una serie di perfezionamenti crudeli, tutte le perfidie del delirio di persecuzione.

Così la mitologia già disusata del primitivo rinasce e si mobilita come un esercito per iscriverci le danni del paranoico, che senza aver mai letto nulla dei libri di Seneca, di Lamock, di Taylor e di Bastian finisce col crearsi per conto proprio una specie di religione personale non troppo diversa dalle religioni primitive; che passa anch'esso per le sue fasi dall'animismo indistinto al monoteismo, cioè alla credenza in un persecutore o in un protettore unico, invisibile ed onnipotente. E infatti, come nel corso della storia sostituiscono alle idolatrie terribili i culti egualmente vari, ma più evoluti e piacevoli che si rivolgono a numi benedici, così nelle logografie cliniche dei paranoici al delirio persecutorio o d'offesa si può succedere e talvolta accompagnarsi il delirio di grandezza e di difesa. Invece di crederci circondato da insidie o da spiriti ostili, il paranoico ambizioso è confortato dalla presenza di feticci e di angeli tutelari che per mezzo di commerci soprannaturali si mantengono in relazione con lui; e talvolta sono creature umane, ma di grado superiore, tal'altra spiriti superumani e persino Iddio-medio in persona. I corpi immensi, gli esseri

viventi, l'universo, ma soprattutto l'io, risorgitano nell'anima paranoica la stessa natura simbolica che sfiora nella coscienza del primitivo.

Ed occorri capaci d'una doppia maniera d'esistenza, d'un'esistenza reale e d'una esistenza mistica. L'umile agricoltore, senza lasciare la zappa al fianco, è insignito di dignità sovrana, come se la sua anima (la sua ombra) esercitasse il comando o ricevesse gli omaggi d'innumerabili sudditi in un regno lontano e simbolico, mentre il corpo si piega alle dure esigenze della realtà domestica. La popolana illiterata è unita coi vincoli d'un misticismo mistico ad un principio favoloso; e gli umili suoi parenti, in lotta con la miseria e con la trivialità d'una vita mendicizia, sono principi del sangue che godono la stessa proprietà di eleggersi.

Così nascono i profeti; gli apostoli che, credendosi investiti d'una missione divina, mantengono una condotta esemplare e qualche volta mettono a servizio delle proprie illusioni una volontà abbastanza tenace per attirare proseliti. Pel misticismo di età moderna e per la fede da cui è animata, la paranoin sale all'altura d'una religione *autoconfessiva*. Per gli stessi caratteri le religioni non sono storicamente che *paranoie collettive*. Come poi, liberandosi dal misticismo, persistano fra popoli civili e in menti equilibrate, è cosa che si capisce pensando alla finzione sociale che esercitano nelle loro fasi più oscure.

Non soltanto i confronti generali della paranoin, ma anche i suoi più intimi particolari corrispondono con esattezza straordinaria al quadro del misticismo primitivo. Nel Frisland vi sono famiglie in cui odore di magia che possono trasformare ogni lavoro in sostanza mistica; l'Egitto nasconde alle streghe i riti che ha acquistati; gli Orampi gli ravvivano in viso dell'acqua, perchè son lì i volatili; gli abitanti delle Maldive non si mettono a mangiare, anche d'estate, se non è acceso il fuoco; e pratiche poco differenti sono in uso presso i Maldivi, i Balinesi, gli Indonesi, gli Indiani, i Negri e gli isolani della Polinesia. Chi potrebbe riconoscere l'identità di queste tendenze barbariche col *delirio del renefro* che si riproduce sporadicamente fra i paranoici moderni, tanto da indurli al digiuno prolungato, alle precauzioni ed agli accorgimenti più faticosi e fino al suicidio per fame?

Le analogie proseguono e incalzano anche nel campo più lieto e più garrulo della paranoin erotica. I pazzi amorosi fanno evidenti e costanti riscontri, per la loro fantasia, coi cavalieri erranti, il cui primo e strettissimo dovere era di rinunciare al possesso della donna, di prestarle obbedienza fedele e di annogliarsi poi con altra donna qualunque si fosse. Giosuè Rodol, poeta provenzale, si accese per la contessa di Tripoli senza averla mai vista, e fu apprezzato ed amato. I paranoici moderni spaziano senza inquietudini per principesse lontane e talvolta affompa-

o magari inesistenti, e sempre con la facile calata del simbolismo allegorico se ne credono corrisposti, vivendo in un ambiente di beatitudine sentimentale simile all'estasi religiosa.

Si dirà che il sentimentalismo erotico è una manifestazione nata del medio evo cristiano, che esso deriva dalla momentanea aberrazione d'una letteratura bisbeteggiante, non da una tendenza fondamentale del pensiero umano. Ciò è inesatto. Sospirare un essere grande e potente, che ci sollevi dalla nostra miseria, ci riduca dai nostri affanni, ci consoli e ci unisca al suo cuore; attendere con fede il suo avvento; e illudersi d'averlo trovato nel primo venuto, non è questo il sommario d'ogni romanzo erotico? E non è in pari tempo il canovaccio su cui il misticismo religioso ha sempre ricamato le proprie leggende? Gli Egiziani, i Greci, gl'Indiani, i Persiani, i Germani consentirono tutti in queste vaghe aspettative che il misticismo tentò di realizzare a modo suo. È un'aspirazione passiva od attiva ad una specie di protettore che, trascinando il suo centro di gravità dal sentimentalismo religioso al sentimento erotico, dalla coscienza collettiva alla coscienza individuale, cambia il Redentore in un fidanzato simbolico. Gesù in Lahengrin, ma conservandogli sempre gli stessi lineamenti mistici e delicati, la stessa personalità vaporosa e benevola.

Sappiamo che il pensiero paranoico si condensa qualche volta, anzi molto spesso, in un neologismo. È un vero culto del verbo, una logomania di cui danno prova i paranoici. Ora la logomania fiorisce in maniera analoga anche fra i popoli allo stato di natura. Gli Zingari, quando sono malati, copiano dal libro magico la formula del rimedio; ma invece di portarla al farmacista per fargliela eseguire, ne fanno un braccante e inghiottiscono la ricetta. Fra i neologismi paranoici sono frequenti, come vedremo, le auto-denominazioni: ora anche i Cafri cambiano più volte il proprio nome, persuasi che dal nome dipenda in gran parte il destino. I Samiellì impongono un nome nuovo all'adolescente che diventa padre; e in Polinesia si cambia nome ad ogni nuovo trattato d'amicizia.

Si potrebbe continuare assai a lungo, moltiplicando i raffronti del paranoico col primitivo e volgendoli all'idolatria, agli sciamani, alla magia, all'astrologia, alla ierurgia, alla chiromanzia, all'adulteria, agli esorcismi, alle illusioni paurose, ai deliri esperti, ai gesti simbolici, e a tutte quelle credenze, arti, manovre, procedure, riti, anomalie mentali che tendono con mezzi puerili, enigmatici, soprannaturali a scopi irraggiungibili. Ma quello che abbiamo detto sin qui è sufficiente a farci comprendere la ragione della somiglianza e in pari tempo delle differenze che passano fra il paranoico e il primitivo. L'uno e l'altro sono mistici ed oltranti. Ma il primitivo si abbandona al misticismo per ignoranza, per tradizione, per

necessità storica: il paranoico vi si dedica per passione, contro la corrente del pubblico consenso, per sfavore. Di fronte alle superstizioni comuni, il paranoico non è più arretrato dei suoi tempi; talvolta anzi è in anticipazione e bella fra la gente volgare per il suo spirito di progresso. Sarebbe forse scottico ed ipercritico, se un difetto del carattere, una debolezza paranoica non gli velasse l'intelligenza e non lo rendesse mistico. La paura, gettandolo in braccio al misticismo, ne fa un *perseguitato*; l'ambizione, dandolo in preda alla stessa malattia, ne fa un *propagandista* raptiglioso o un *pretendente universale*; la presunzione ne fa un *autore*, un *inventore da manicomio*, un *filosofo solitario e strempolato*; l'invidia ne fa un *gossente*.

Certo è che per le genti incivili i miti non sono più altro che nudi di cartapesta in attesa d'essere passati al rigettiere. Solo nei primitivi, in questi falsi contemporanei, vediamo il misticismo riscoprire dalle rovine come un vino che si ridna. Sovrano assoluto nell'intelligenza del primitivo, il misticismo è, per normale dei nostri tempi, un re in esilio e senza autorità, che sopravvive per lunga altitudine, rinchiuso in un angolo remoto del cervello, donde non esercita che un residuo dell'antico potere, avendo perduto la capacità di sviluppare influenze nuove e rinnovatrici. Nel paranoico il misticismo trova le condizioni favorevoli per riprendere il suo impero: e poiché mai lo esercita che parzialmente, il paranoico risulta una contraddizione vivente con solo coi contemporanei normali, ma anche con sé stesso.

Per queste contraddizioni interne ed esterne, che singolarizzano la sua personalità psichica, ma di cui non mancano esempi anche tra i normali e i quasi normali, il paranoico è semplicemente un anormale, ma non è un pazzo nel senso volgare della parola. La paranoia va intesa come una semplice malattia evolutiva, frutto d'un carattere passionale e di un'intelligenza sistematica. E' dunque ancor meglio, se si togliamo dal suo cospicco i rari estranei dei *deliri paranoici* o tutti quei deliri più o meno coerenti che appartengono ad altre psicosi, ma rappresentano un turbanamento effimero dell'intelligenza, non già un modo irregolare e spontaneo di maturazione psichica. Rifiotta in questi limiti, la paranoia guadagna in purezza ciò che perde in estensione. Non restano alla paranoia che pochi deliri d'apparenza ragionevoli, di formazione lenta, di stabilità massima, che vanno a confondersi con l'eccentricità e quindi si avvicinano molto alla normalità. Tutti i deliri sistematizzati, ma irregolari, improvvisi, frivoli, guastati o uniformabili, che KRAEPELIN chiama *fantastici*, devono ascrivere a vere malattie mentali e specialmente alla *demenza precoce*. Il delirio paranoico, al contrario, non è un *distacco*, ma un modo di pensare, un'opinione, per quanto ingiusta di presocettivi.

che ha le sue radici in una struttura speciale della mente, nella costituzione paranoica; è il prodotto fantastico d'uno spirito epicureo, ma lucido, che si abbandona senza freno al misticismo dei primitivi.

MANIFESTAZIONI CLINICHE DELLA PARANOIA.

La più appariscente di tutte è il delirio che si organizza a poco a poco da un insieme di convinzioni originali e coordinate, ma circoscritte. Nei deliri paranoici non vi è nemmeno l'ombra della confusione mentale, perché la loro base è la persuasione, che richiede lucidità e coerenza. Perciò il paranoico non rassomiglia punto all'arreste, né al delirante febbrile, né al paralitico in preda a deliri effimeri e disordinati; e in genere non rassomiglia ai veri pazzi. Siccome il delirio paranoico non è un sintomo che esplode all'improvviso, ma un prodotto mentale che cresce, possiamo in esso distinguere i seguenti processi o periodi che portano nella paranoia qualche elemento di varietà e le danno un similitudine di decorso come nelle vere psicosi, sebbene assai più lento e indeterminato.

1.^o Periodo di formazione o di sistematizzazione.

2.^o Periodo (non necessario) di trasformazione, che conduce o allo sostituirsi di un delirio con un altro od anche alla fusione di due o più deliri impressivi.

3.^o Periodo (incostante, anzi raro) della disorganizzazione, durante il quale i deliri paranoici, talvolta per sempre, talvolta per qualche tempo, scompaiono o si rendono latenti o si circoscrivono a poche idee senza portata attiva.

La sistematizzazione del delirio è un processo di natura intima e complicata, che non sempre raggiunge il suo scopo: non tutti i paranoici delirano. Ve ne sono che risentono continuamente uno o più deliri, ma senza mai cadervi e non lasciano scorgere che una costellazione paranoica. In ogni modo non si arriva al delirio che attraverso dubbi, esitazioni, pentimenti. Di questa elaborazione faticosa i paranoici già arrivati al delirio non vogliono render conto, perché, nell'orgoglio della propria fede, non amano mostrarsene le penosità o non se ne ricordano. Ma chi ha modo (e non è facile) di seguire per lunghi anni il cammino d'un delirio paranoico in formazione vede talvolta quant'esso è lungo e non privo di vicende.

Una volta che il delirio si è sistematizzato, è una vera eccezione se a lungo andare non si trasforma. Occorrono per questo degli anni, qualche volta metà della vita. I persecutati finiscono per credersi grandi e passano al delirio di grandezza, il ponte dal delirio persecutorio all'ambizione può essere costituito da un delirio di degni (v. cap. VI). Gli ero-

sia e gli ambizioni (incongrue ostacoli) che formano argomento a deliri secondari di persecuzione. Non si è paranoico che, a furia di star rinchiuso in manicomio, non paghi il suo tributo al *delirio del carcere*. Purtra gli intesi suoi, applicando a sé stessi il nome *profeta* (o patrio dei geni incompresi, sfiorano il delirio di persecuzione. Così, accedendo al delirio centrale, spuntano per lo meno i barlumi d'altri deliri subordinati: in ogni paranoico si ritrova in germe un perseguitato, un ambizioso, un estetico, un querelante e un mattoide.

I sintomi del tema delirante concorrono poi a moltiplicare che a ridurre le aberrazioni della mente paranoica, perché il nuovo delirio non sorse in fuga l'antico, ma più spesso gli si associa e lo arricchisce. E così si compie la rassomiglianza psichica tra il paranoico e il primitivo. Infatti, per quanto il sistema ufficiale delle sue convinzioni deliranti possa essere limitato, il paranoico rivela di quando in quando, anche all'interno di esso, *superstizioni, preconcetti, tendenze mistiche, intemperanze nel generalizzare, insensatezza, retromisericordie* incredibile alle condizioni attuali: e tutto ciò in maniera che contrasta con l'istruzione media dell'ambiente e con la sua. Qualche opinione in senso progressivo e moderno, di cui i paranoici fanno sfoggio per convenienza o per istruzione, non deve far velo al giudizio sulle loro abitudini di pensiero, che nella parte veramente spontanea sono mediotre, senza saperlo, sulla credulità dei primitivi. Il paranoico ha un bel professarsi liberale, innovatore o sagazzi agnostico: in fondo è sempre un mistico.

Tuttavia, o per indebolimento mentale o per opportunismo pratico o per quell'abbandono d'ogni iniziativa che coglie qualche volta anche i normali, specialmente quando invecchiano o ammalano, può darsi che il delirio paranoico subisca una specie d'evoluzione. E una regressione ottenuta a scapito di qualche cosa: dell'energia intellettuale, di un'idealità teorica, della forza fisica. Il paranoico non guarisce, disarma. Ma in compenso non precipita mai in aperta demenza. La decadenza psichica che tien dietro a certi deliri sistematizzati non è un esito possibile della paranoia, ma l'epilogo comune della demenza precoce nella sua varietà paranoide. Anche i casi di demenza apparente con mulatismo, catatonie, imbecillismo di tipo o di pronuncia, ma con persistenza d'un delirio parziale e della lucidità generale, appartengono piuttosto a queste forme paranoiche della vesania che alla vera paranoia.

Delirio di persecuzione. — Nella concorrenza per la vita il paranoico, morivato dall'ambizione, è poco disposto ad attribuire le sue sconfitte a sé stesso. Invece di deplorare la propria inadattabilità, accusa la malvagità degli uomini. Di qui il suo pessimismo e il delirio che gli fa cono-

pure la vita come una congiura di tutti contro uno solo. Il delirio di persecuzione è talora di superficie, talvolta inconsapevole, più che di paura; e questo è il motivo per cui così spesso trasconde nel delirio di grandezza o se ne fa pretesto. I persecutori sono raffigurati dai genitori, dai vicini, dai medici, dai socialisti, dai stinesi, dai viceregenti, dagli zii, dai cocchi della piazza, dai venditori di giornali, insomma da congregazioni, sette, classi sociali, ed anche da persone isolate o determinate. Quando i persecutori sono numerosi e mal distinti, il delirio, circoscritto di mistero, si sottrae alle demolizioni d'una critica fin troppo facile e può diventare articolo di fede anche per uomini abbastanza intelligenti. Qualche volta i persecutori hanno un capo: questo capo è un personaggio reale o immaginario; o sono le autorità dell'ufficio amministrativo, del municipio, del paese che simboleggiano le insidie di cui il paranoico si affligge e si lamenta. Oppure il persecutore è uno solo; ma questo è forse il caso meno frequente.

Quanto alla persecuzione, essa assume talvolta forme piuttosto inutili: alterazione dei cibi, produzione di cattivi odori, molestie diverse, danni alla digestione e al respiro, indebolimento dei muscoli, arrossi luminosi ed acustici, contatti invisibili, sconvolgimento, spostamento di carte, libri, penne, pettini, pantaloni ed altri simili oggetti d'uso quotidiano, allusioni satiriche per mezzo di gesti, parole, avvisi di quarta pagina sui giornali. Il vicino di casa si è messo una cravatta rossa, il capo-ufficio ha i pantaloni neri, la figlia del prefetto ha cambiato pettinatura, per dimostrare al paranoico che lo si accusa d'anarchia, che è votata la sua morte, che lo si ha in conto d'un vanesio. Altre volte si tratta d'una persecuzione ben più grave: il paranoico è minacciato di veleno, è atrocemente criminalizzato, si vuol farlo passare per pazzo, la sua casa sarà assalita e incendiata, i suoi figli non sono sicuri della vita, vi è chi cerca di corromperli e d'istigarli contro di lui, il loro voluttà è già un falso complotto, forse sono stati modificati materialmente con mezzi criminali e misteriosi, forse non sono suoi figli, vi è una finzione universale che altera le persone, le cose e i rapporti tra le persone e le cose. Il paranoico è soggetto, per opera dei suoi nemici, all'esasperamento del pensiero; col mezzo del telegrafo senza fili si provoca in lui la parola secondaria, e la polina se ne serve per lo spionaggio e per avvertimenti reciproci; i fumi e le polveri impercettibili, manovrate abilmente, gli producono tedio e soffocamento, ma non riescono a pervertire la sua volontà. Ricostruendo il passato, il paranoico scopre le tracce di un'insidia continuata, diffusa, insuperabile fin nelle più piccole contrarietà dell'infanzia, in un consiglio ingiusto, in un giocattolo che si guastò appena comprato, in una bevanda troppo calda, in un atto di parzialità, nelle classificazioni riportate alla

strada, buffastici vicari, cocchieri pagati per rovesciare la carrozza, agguati notturni, cocottes, camerieri, mendicanti al soldo dei nemici con l'incarico di studiare le sue abitudini. Le persone socchiate dalla casa di rimpetto significano: «toda ai fatti tuoi, noi non li siamo amici!». Le scritte lucide esposte nella vetrina del calzolaio allo svelto della strada dicono della loro civetteria di cattivo gusto: «tu sei un pederasta passivo!». C'è un linguaggio segreto, un tutt'altro che incongruibile, che propaga calunnie, che comunica minacce. Non solo la propria posizione individuale o momentanea nel mondo, ma il mondo intero apparisce al paranoico sotto la forma d'un dramma da arena con morti e feriti, vittime o nemici, perseguitati e persecutori.

E. S. è un vecchio di 82 anni, che non ha perduto la capacità, né la forza di ricordare, di comprendere, di sentire e di volere. Il suo delirio di persecuzione risale, se è vero il racconto che ne fa l'interessato, fin dal 1834. Ma, a parte le prime origini, si palesò nettamente quando una sorella di E. S., nubile e giovane, andò sposa ad un signore di famiglia molto religiosa. Da quel momento E. S. s'immaginò che i nuovi parenti, alleati coi gesuiti, meditassero i mezzi di rovinarlo fisicamente e moralmente. Più volte tentarono d'avvelenarlo mescolandogli sostanze nocive nei cibi e nelle bevande, di aggredirlo mediante sicari prezzolati, di coglierlo in trappola stendendovi un filo di ferro lungo la strada, ed egli doveva attraversarlo. Le preghiere, le proteste, le denunce alla polizia furono inutili. Io sono tenuto in vita, conclude il disgraziato, perché la Provvidenza mi assiste e vuol risparmiarmi al bene dei miei simili. Forse, aggiunge, sono destinato a compiere l'esperimento dell'estrema tolleranza a cui si può giungere di fronte alle massime iniquità che si commettono in terra. Gli stessi poliziotti sono accolti della sette nera. Ai gesuiti si allieviscono gli onnivisconti (da quarant'anni in Italia non ne esiste più uno). Questa lega è formidabile. Composta d'individui spacci e protettori, non si presenta mai in massa. Anche alla spicciolata, i suoi procliti evitano l'abito ecclesiastico, si travestono, prendono danari ed hanno una pazienza incredibile nel proseguire il loro fine. Un tempo benevola ed adorata, la sua sposa, da cui ebbe due figlie, e che l'aveva più volte infermava delle congiure ordite dagli assassini a comune danno, che anzi aveva più volte sventate i loro agguati, finì col cadere all'oro straniero e lo tradì. Sono ventisei anni che egli ne vive separato. La sua casa era diventata l'asilo di tutti i cospiratori, si osò persino costruire nel centro dell'appartamento una piccola cappella che serviva ai loro convergi segreti. Una cognata ed una delle sue figliuole morirono, ed erano le sole persone che lo amavano: morirono di veleno. L'altra figliuola, bionda ed affettuosa, finché era bambina, si lasciò raggirare dalla madre che apertamente si vantava d'averla dalla sua parte. Trafitto, perseguitato in questo modo, doveva scegliere tra due soluzioni: o uccidere la moglie e andare in galera o fuggire lontano da Firenze in cerca di pace.

Un parente amato e non ancora quindici, secondo l'ultimo partito, andò a Venezia, ebbe un impiego commerciale, lo perdetto, ramingo per 20 anni in Austria, in Turchia, in Egitto. Ma i gesuiti riuscivano sempre a scovare le sue tracce, talvolta lo precedevano. La salute ne soffrì immensamente: l'eczema, l'infanno, il restringimento all'esofago, la tisi co-

sile lo rese ro debote e privo d'appetito, influenze spiriche ed influenze astriche concorsero a produrre, sempre per mano della lega, questo risultato. Per sua fortuna (ed ecco spuntare un nuovo delirio tra l'ambizione ed il pseudo-scientifico), E. S. ha ereditato un gran talento medico da un suo parente, Paolo Mascagni, e molte nozioni da un medico di corte con cui ha vissuto per tre anni. Tentata d'innanzi, egli ripete, *quantum ad memoriam mandamus*, e con le arti che sa ha potuto controbilanciare le insidie dei nemici, trovare gli antidoti dei veleni, le controcorrenti all'elettricità.

Da vari anni, solo, in lotta completa con la moglie e con la figlia, viveva in una camera mobiliata, scarsa, povera, nella speranza. Andava a pranzo in trattorie fra le più belle, cambiando ogni sera per paura del veleno. Non riceveva nessuno. Condotta al manicomio, vi occupa una camera spaziosa, piena d'aria e di luce, da cui vede l'isola e dove è assistito con impegno; ha la lealtà di riconoscere questo vantaggio; ci accorda anche la sua approvazione perchè non l'avveleniamo, ma si lamenta d'aver perduto la sua libertà; dice che è stato depredato del suo denaro, che gli abbiamo trafugato i suoi scritti. Tra questi scritti vi è la copia d'un memoriale diretto ai lontani ministri Urbano Rattazzi e Marco Minghetti, che si sarebbero appropriate le sue idee finanziarie, acquistando così la firma d'uomini di Stato che a lui competeva, non a loro. Anche al manicomio, se è cessata l'opera del veleno, continuano le altre insidie degli assassini. I medici sono *exposés*; le stanze, preparate *spiritivamente*, racchiudono nelle pareti strumenti per raccogliere le sue parole, per spiare i suoi gesti. Nei medicamenti sono nascoste sostanze corrosive che gli fanno cadere i denti, che gli stringono l'esofago, che finiranno per soffocarlo. E. S. non sarà contento che quando avrà recuperato la sua libertà e potrà rivendicare una grossa eredità che l'insipienza dei suoi parenti ha lasciato in abbandono; e così, dopo essersi affermato ambizioso e prepotente, si denuncerà anche come querelante. Quando un nuovo infermiere o un medico a lui ignoto si presenta per la prima volta, esige una dichiarazione scritta che comprovi la sua qualità e i suoi titoli per assisterlo o interrogarlo.

Quest'uomo, che in così tarda età non presenta alcun indizio di demenza senile, non fu mai allucinato.

Delirio ambizioso. — È il delirio fondamentale dei paranoici, perchè riassume, anche meglio del persecutorio, il loro incorreggibile egocentrismo. L'ambizione dei paranoici si manifesta anche nei loro deliri pseudo-scientifici, nei deliri religiosi e nei deliri erotici, sempre schiettamente superbi, e che cambiano nome, ma non natura nell'assumere il loro titolo specifico. A questo modo si designano più specialmente per ambiziosi quei sistemi deliranti che hanno per base la superbia, ma il cui argomento non è né pseudo-scientifico, né religioso, né erotico. Restano dunque nella categoria degli ambiziosi i deliri genealogici, politici, romanzeschi, dove il protagonista si crede cambiato in re, figlio bastardo di principi, insignito di grande autorità, prigioniero di Stato, discendente lontano di Borboni, fratello di latte o cugino dell'arciduca Massimiliano, di Giovanni Ordi, di Casimir Périer.

La fig. 134 è l'autoritratto d'un Napoleoneide da manicomio, che infatti nacque, ma per soli due anni, in quello di Firenze. Era un osservatore penetrante, figlio d'un frate che poi prese moglie o d'una signora aretina (così almeno si diceva) presso la quale era stato allevato e istruito discretamente. Nato nel 1810 o nel 1811, malinconico nel primo periodo della sua vita, crebbe pacificamente al servizio d'una famiglia signorile, s'acrobastò a poco a poco e lesse molti libri di letteratura lirica. La sua lettura preferita era la *Storia di Napoleone I*. Quel romanzo visuto lo teneva sveglio di notte e pensieroso di giorno. La predilezione nei suoi padroni, che apprezzavano la intelligenza del giovane servitore e lo trattavano con riguardi paterni, l'invidia degli altri domestici, il mistero della sua nascita, i rapporti storici ch'ebbe la Toscana col Bonaparte, e soprattutto la struttura paranoica della sua mente, lo indussero a crederci il duca di Reichstadt, re di Roma e figlio di Napoleone I. Era nato, salvo errore, nello stesso anno, forse nello stesso giorno; aveva la fronte alta e il naso aquilino; e diceva che Francesco I d'Austria, suo padre, per preservarlo da ogni pericolo, l'aveva



Fig. 134. — Autoritratto di un paranoico ora delirio napoleonico. In basso, a destra, si vede il simbolo dell'origine (spontanea) in cui si è sviluppato quello della inclinazione al manicomio; in alto (e di sopra a destra) quello della spersonalità futura. Questo male è così legato con la Firenze la stessa spersonalità, che nasce il manicomio per un breve periodo di tempo; fa sempre fatica, digiuna, correte nel suo delirio; strano, vero e quasi autobiografico.

affidato a Ferdinando III di Toscana, dalle cui mani era passato a quelle del frate, suo presunto padre. Intanto il figlio del frate veniva sostituito a lui nella reggia di Parigi e più tardi a Vienna, vivendo e morendo sotto le spoglie mentite di Napoleone II.

Con questa persuasione nel capo, C. F. Viaggiò per il mondo, chiese udienze, compilò suppliche, relazioni o proteste, e tanto fece da venir messo nel manicomio. Ciò avveniva il 26 ottobre 1836, quando C. F. aveva 25 anni e, suppletogli la paternità o madre che fosse, aveva da molto tempo guadagnato una posizione indipendente grazie alla pensione lascia-

tagli per testamento dalla manicomio ignora. Al manicomio si mostrò convinto dello sua origine imperiale, coerente nel racconto, inappuntabile nel contegno; tanto inappuntabile, che fu licenziato e non vi rientrò mai più. Ma non rinunciò mai al suo delirio. Rientrato nel mondo, non cessò un momento di rivendicare i propri diritti; scrisse al Senato francese, a Luigi Bonaparte e a tutti quei personaggi politici che gli parevano in grado di spiegare un'influenza decisiva sui destini della Francia e dell'Italia. Venne il colpo di Stato del 2 dicembre, e poi la guerra del 1809; e in questi avvenimenti la sua fantasia di paranoico voleva conseguenze e conferme, dirette o indirette, fatali o volontarie, gloriose o lacrimevoli, dell'intrigo dinastico a cui doveva la falsificazione della propria identità personale. Il suo epistolario aumentò spaventosamente. Si firmava sempre « Napoleone II Bonaparte, nato re di Roma, sacrificato sotto il nome di F. C. ». In una lettera pubblica al Corpo legislativo di Francia, domandò che s'innalzasse un tempio a Sant'Elena in memoria di Napoleone I, e che ogni visitatore vi ricevesse un dono, e che il dono consistesse in una meaglia di bronzo con due brevi epigrammi. Nel 1829 il prof. Bini, allora direttore del manicomio, lo incontrò mentre s'avviava con un rotolo di carte sotto il braccio e vestito di tutto panto alla residenza del principe Gerolamo Bonaparte, comandante un corpo d'esercito che doveva recarsi in Lombardia. Voleva per sé l'Italia o per lo meno la Toscana, lasciando a Napoleone III la Francia. E con queste aspirazioni che si saziavano di proteste grafiche, di diplomi simbolici, di riconoscimenti fantastici, visse lungamente, tranquillamente, oscuramente. Il suo sogno ambizioso non gli costava che qualche francobollo e non dava fastidio a nessuno. Morì Napoleone III e C. F. fu visto per le vie di Firenze vestito in lutto profondo. La fascia nera era così alta, che sopravventava il cappello. Non sa quando, né come sia morto. Al manicomio rimangono disegni, poesie e memorie autobiografiche, che dimostrano la ferrea paranoica di questo signatore che alla realtà aveva sostituito i prodotti della sua fantasia, e pure aveva gli occhi aperti, la mente sveglia, la forma contornata.

Delirio religioso. — Non è che una varietà del delirio autistico. I paranoici che delirano in materia di religione sono sempre al vertice, mai alla base della gerarchia sacerdotale: profeti, santi, intermediari fra l'uomo e Dio, se pure non si attribuiscono addirittura dignità e poteri divini. Ogni manicomio ha i suoi santi o le sue madonne che tuttavia vanno diminuito di numero per cedere il posto a paranoici più moderni con delirio meno inverosimile. Ed anzi, la maggior parte di queste manifestazioni deliranti, che sgorgano da un'autonomia sconfinata e guerile, appartengono alla paranoia progressiva o alla demenza precoce piuttosto che alla paranoia. I paranoici non si spogliano mai della natura umana. Quindi poi ai deliri che s'inspirano ai sentimenti dell'orgoglio, della concezione o della paura religiosa, il loro tema è in piena armonia col carattere paranoico ed esclude addirittura la possibilità di questa diagnosi. In presenza d'un delirio religioso, ma depressivo e pessimistico, p. es. di un delirio di dannazione, la diagnosi più probabile è quella di melanconia; e se il delirio di dannazione o di penitenza è cronico, si tratta di degenera-

precoce, non di paranoia. Il delirio religioso dei paranoici, appunto per la sua attenuanza, può anche comunicarsi e diffondersi in forma epidemica ed epitemica.

Un classico tipo di paranoia religiosa fu Davide Lazzaretti. Nato nel solitario e grazioso villaggio di Arcidosso, ai piedi del monte Amiata, d'umile famiglia, s'era arruolato fra i volontari di Garibaldi ed aveva combattuto. Di ritorno in paese, si metteva a fare il carrettiere e tras-



Fig. 133. — Davide Lazzaretti (C. Ardituro).

portava la terra gialla del monte a Firenze (ed altrove, aiutato dai fratelli, con cui viveva nel massimo accordo. In quei tempi era piuttosto incredulo e non alieno dalla bestemmia, che è abituale fra quella gente e specialmente fra i carrettiere. Un giorno s'è allontanato e pare che andasse a Marsiglia. Vi rimase un paio d'anni, lesse molto, imparò il francese e fece parecchi mestieri. Ritornato un'altra volta in patria, già maturo d'anni e con una certa istruzione, cominciò a professarsi credente e convertito, a discutere, a istruire, a convertire. La sua propaganda era veramente logica, e si addentrava nel fondo del cuore, perché portava una soluzione ai dubbi ed ai bisogni più urgenti dei proletari a cui era rivolta. C'era un credo religioso, composto di 24 articoli, per le intime idealità dell'anima; e un programma pratico per le necessità economiche del corpo.

Nell'inverno del 1870 andò ad abitare la grotta di Montecristo, la piccola isola del Mediterraneo illustrata da Dumas padre, in cerca d'ispirazioni riguardanti la grande missione che credeva di dover compiere sulla terra. Vi stette 10 giorni vivendo di poco pane secco, in oratione, e scrivendo molti versi nei quali apparisce il suo originale radicalismo religioso e politico. Tornato fra i suoi compaesani e correligionari con una più fulgida aureola d'ispirato, raccontò che nella grotta di San Mamiliano aveva udito le parole di Dio dalla stessa sua bocca, parole deducate lenamente e solatamente come in tono musicale... fra il frangere del mare... e lo scrolio terribile di tutta l'isola (C. Paladino).

Lazzaretti era un bell'uomo, dalla fisionomia intelligente (fig. 133). Aveva la fronte spaziosa, la barba alla nazarena, l'incasso grave, e parlava basso. La sua conversione pareva un miracolo; miracolo la sua istruzione tardiva, improvvisa, sfolgorante. Il suo stile, nell'improvvisazione e nella stampa, sovrabbondava di metafore e di neologismi, ma non mancava né di nobiltà, né di chiarezza. Le sue imprese, idente con grandiosità e con audacia, erano benedette dalla fortuna. Volle fondare una *Borsa cooperativa* e trovò i fondi in paese, si cercò anche in Francia, al di là delle

previsioni. Volle erigere una torre, la *Torreisdavideica*, simbolo della nuova religione, e vi risiedè. Il suo era un neo-cristianesimo impregnato di comunismo, ma non molto diverso, nè poi incoerente di quello tamato dal Gesù autentico; e Lazzaretti non esitò a proclamarsi profeta, santo, redentore. Fu ascoltato e creduto dai propri fratelli, dagli antichi compagni di mestiere, da uomini e donne, e persino da preti e frati. La Curia papale lo scomunicò. Intervenne anche il Governo e lo imprigionò: ma nel proselitismo di Lazzaretti non c'era nè violenza, nè dolo, e l'eseguito liberario. Il doppio martino crebbe l'ardore dei proseliti, e in breve tutto il paese si strinse intorno a lui; il mondo aveva ed ha ancora una religione di più. I dogmi della nuova religione furono stampati; distribuite le varie cariche ecclesiastiche; un frate accettò il grado di ministro; si celebrarono riti; si fecero processioni solenni; e Lazzaretti « avventurò anche alle previsioni profetiche. Un giorno, per *telegrafia* (1), pensò e disse in pubblico che sarebbe toccata una sventura al fratello in viaggio col carro per Firenze, e precisamente che il carro sarebbe precipitato in un burrone. Il fatto avvenne nell'ora e nel luogo indicato, in conformità al presentimento istintivo del profeta. Non è escluso che i due fratelli si fossero messi d'accordo. Ma un'altra profezia aveva fatto Lazzaretti, che si avverò completamente, quella del proprio martirio. Il monte Amiata aveva rivaleggiato col Sinai: rivaleggiò col Calvario quando, nel 1878, la forza pubblica, sorprendendo la processione di contadini e di donne (in testa alla quale sfilava Lazzaretti col diadema in capo, le medaglie sul petto e un gran manto rosso sulle spalle), sparò i fucili e sparò. Il profeta cadde colpito da una palla alla fronte e morì in pochi istanti, pronunciando le ultime parole solenni che non smentivano il suo passato. Ad Arcidosso sopravvivono ancora pochi lazzaretalisti, e il popolo parla ancora con venerazione del suo profeta. Non così i tenetanti, che lo ritennero sempre un ciurmadore e lo perseguitarono con un odio accanito. Fu la paura ignorante dei ricchi che creò le autorità politiche e le sporse all'eccidio insensato. E l'odio (o forse l'invidia dell'ascedente che Lazzaretti s'era guadagnato sulla moltitudine) ispirò i libelli, satire in verso ed altri sfoghi di rancore altrettanto bassi quanto sciocchi.

Nella religione di Lazzaretti era istituito il *crepuscolo del perdono* in luogo della confessione auricolare, che « dichiarava indegna e spiacente a Dio; al Paradiso ed al Purgatorio era aggiunto il *Regno della speranza* per i giusti non cattolici; l'inferno, da ergolo eterno, era trasformato in luogo di penitenza temporanea; il demonio era abolito e il male non consisteva che nelle impure passioni dell'uomo, anzi non era che la negazione dell'umanità e in pari tempo la sua redenzione completa; il lazzaretismo non era che il perfezionamento del cristianesimo. Ecco l'ultimo articolo del Credo: « Conclusione di proposito fermamente che il nostro istitutore Davide Lazzaretti, l'uno del Signore, giudicato e condannato dalla Curia Romana, sia realmente il Cristo, duce e giudice nella vera e viva figura della seconda venuta di Gesù Cristo nel mondo come figlio dell'uomo a portare compimento alla redenzione espresa in tutto il genere umano in virtù della terza legge divina del diritto e riforma generale dello Spirito Santo, la quale deve riunire tutti gli uomini alla fede di Cristo in seno alla Cattolica Chiesa, in un sol culto e in una sola legge, in conferma delle divine promesse, come viene riferito all'articolo decimo di questo articolo di professione da noi umana e sovrumana credenza ».

Delirio erotico. — È un'altra varietà del delirio ambizioso, e si distingue per una serie di requisiti che ne rendono la diagnosi infallibile. Infatti non basta un amore paradossale per meritare ad un individuo il titolo di paranoico, e il paranoico può innamorarsi al pari d'un normale senza cadere nell'anomalia specifica del delirio erotico. Le circostanze essenziali che caratterizzano il delirio erotico dei paranoici sono le seguenti. Anzitutto il paranoico è casto, cavalleresco ed alieno da obiettivi pratici: spesso si ritiene legato da sponsali mistici che non hanno bisogno di consacrazione legale, né religiosa, né carnale, che si celebrano a distanza, che si consummano a scadenza indefinita, e che egli considera perfettamente regolari anche sotto il regime d'una separazione perpetua di letto e di mensa. Per crederesi corrisposti i paranoici non pretendono né promesse, né atti legali, né espansioni amorose, ma si accontentano di un segno allegorico: un ventaglio agitato velocemente dalla mano della donna adorata, un fiore all'occhiello del vestito, se il soggetto è una donna, e l'oggetto dell'amore è un uomo. La convinzione della corrispondenza amorosa è incrollabile: se la donna o l'uomo che hanno la disgrazia d'accendere questi amori paranoici s'incontrano con l'ignoto innamorato ed hanno occasione di mostrargli la loro indifferenza, la loro amigata o il loro sdegno, il paranoico non se ne offende e non se ne stupisce. Egli ha sempre pronta una spiegazione che lo lascia soddisfatto nella sua imperturbabile serenità: la scena disgustosa è offerta d'una calunnia che sarà presto sventata, o è un'imposizione scellerata, o non è addirittura che una finzione necessaria per evitare le vendette degli invidiosi.

Insomma, se le cose non vanno a seconda, la colpa è sempre dei parenti o del mondo maligno, non mai della bella addormentata o del principe misterioso, che nella fantasia del paranoico o della paranoica sono sempre raffigurati cosenzienti, ingenui ed entusiasti. Inoltre, l'innamorato e l'innamorerata dei paranoici sono sempre personaggi altolocati, inaccessibili, talvolta non liberi di fronte allo stato civile, talvolta non mai visti e persino non esistenti. L'età senile, la bruttezza fisica non formano alcun ostacolo: l'amore paranoico è per sé stesso anafrodisiaco e l'estetica sessuale non vi ha gran che da fare. L'eroticismo paranoico ricorda la gaia scienza, le corti d'amore e la psicologia, più sottile che appassionata, dei cavalieri serventi; ne usa, con plagio inconsueto, il linguaggio fiorito e cascante, le immagini leziose, il metro poetico. Un rozzo contadino si solleva sull'ali della paranoia erotica fino al madrigale; un sensale di vini copia e manda a destinazione, in mancanza di meglio, strofe di Metastasio o di Alfred de Musset. A questo modo il paranoico con delirio erotico è felice, perché non conosce né insuccessi,

né disinganni, né gli spasmi della gelosia, né le amarezze dei primi disaccordi coniugali.

Il delirio erotico s'intreccia spesso con altri sistemi di delirio paranoico. Gli indugi al matrimonio, la mancanza di risposte esplicite, gli atti di protesta a cui si espongono, inducono questi predestinati, malgrado le loro millanterie di don Giovanni irresistibili, al delirio di persecuzione. Talvolta perdono la calma e si abbandonano alla violenza: violenza verso i terzi, non mai verso l'innamorata. Un paranoico di nostra conoscenza, che corteggiava una vecchia signora francese delita all'ascetismo, sparò due colpi di revolver contro il maggiordomo della famiglia che credeva ostile ai suoi progetti: ora è al matrimonio da 15 anni, felicissimo, non cessa di accarezzare il suo sogno e tenta di corrispondere nascostamente con la vecchia signora. È un uomo di circa 40 anni, di nobile aspetto, senz'alcuna cultura, d'umile condizione: il suo delirio di persecuzione si è rivolto dal maggiordomo ai medici del manicomio, che crede venduti ad un presunto rivale. Un altro paranoico, ventunse, servitore, intanto e giovane, pretendeva di sposare la figlia sedicenne del principe suo padrone, a cui non aveva mai osato dirigere la parola, benché le scrivesse lettere amorose senza firma: scacciato di casa, andò a sfidare il padre della ragazza. Un terzo, eccitante insipiente come gli altri due, ritiene in rara armonia le qualità del paranoico completo.

E. C. è un uomo di 30 anni, ha un bel cognome patrizio e duplice predicato, statura media, buona salute, aspetto comune. La paranoia, più che dalle sue parole, guisa dal suo capellotto a tese inviolate, dal grande colletto a vela lutto, dall'ampio sporcato della sua camicia, dalla cravatta scava, dai pantaloni a campana color caffè e latte, che gli svolazzano sugli stinchi e gli nascondono i piedi. Questo abbigliamento squattrato, la testa ritta, lo sguardo ostico, il viso sorridente, il passo affrettato, lo designano all'attenzione ironica della gente, e il povero E. C. è una macchiotta arcuata, ma abbastanza nota di Firenze. Da giovane, volendo dedicarsi alla diplomazia, viaggiò l'Europa, studiò le lingue moderne e frequentò le biblioteche. Ma nei suoi viaggi non imparò che il francese e non seppe evitare Montecarlo, dove pare che perdesse l'intero patrimonio di 100.000 lire. I suoi parenti gli passano, quindici per quindici, la modesta somma di 5 lire al giorno. Con le sue 5 lire E. C. conduce vita regolare e modesta, non fa mai debiti, non ha strette amicizie, né relazioni, pranza in trattorie popolari, ma decenti, è sobrio, passa cinque o sei ore del giorno al Circolo Varesseux, lo stonco gabinetto di lettura, e conserva nella sua camera mobiliata da 40 lire mensili una collezione di *fracs*, *sisoleys* e cappelli a cilindro, ultimo e caratteristico trofeo delle sue ambizioni diplomatiche.

Sotto queste abitudini tranquille d'ozio studioso, disciplinato da un certo inflessibile, rugge in permanenza, ma senza erumpere, il vulcano d'una passione amorosa che dura da vent'anni. Il nostro diplomatico fallito aspira alla mano d'una vecchia marchesa, nobile, ricchissima, nota da una famiglia tra le più illustri d'Italia. La vedeva spesso al Circolo

Vieuxseux, dove l'austera dama veniva a restituire dei libri, consultava in fretta il catalogo, ne sceglieva degli altri e se ne andava subito nella sua carrozza. Queste brevi apparizioni avevano per E. C. il valore di altrettanti *rendez-vous* in piena regola. Se la marchesa aveva un abito nuovo, se scambiava qualche parola col distributore dei libri, se prendeva due volumi in luogo di tre, egli vedeva in questi atti insignificanti mille allusioni, promesse e risposte categoriche ai progetti di matrimonio che andava elaborando senza tregua in lettere sempre risposte e in confidente inascoltate sotto le finestre del palazzo marchionale. Un lume acceso nel cuore della notte, una persiana spalancata, una tenda fuori di posto eguagliavano ad un segnale di adesione affettuosa. Se dalla facciata nuda ed uniforme del palazzo non partiva nemmeno uno di questi pretesi segnali, E. C. ne indicava la malignità dei servitori; e munito di qualche sassolino, che scagliava dalla strada deserta sulle imposte chiuse, dava rumoroso, benché innocuo, avvertimento della propria presenza. Una volta gli accadde di rompere un vetro, e il giorno dopo... fece la sua conoscenza.

Il suo epistolario amoroso è interminabile. Riti della Polina un fascio di lettere che non erano mai state aperte da nessuno e conservavano più d'una particolare interessante. Lo scrittore vi assume un atteggiamento di protezione quasi paterna: parla alla marchesa come ad una giovinetta inesperta, credula, poco imprudente; ha per lei consigli, incoraggiamenti e qualche gentile rimprovero; le dà del tu; la mette in guardia contro i *jeux* e gli altri *farfugli* che si nascondevano da lei; le dà *poète*, da *rebolosi*, da *avventurati*, da *derebisti* e che la circondano col pretesto di servirle o l'attirano in laguri presi a prestito con la scusa della carità. Bisogna vincere le resistenze, le ostilità, gl'istriglie, contrapporre l'accortezza all'astuzia, la fermezza alla violenza. A questa guerra E. C. è già avvezzo dai primi anni della sua gioventù, quando i *jeux* lo perseguitavano in tutta Europa, gl'impedivano di entrare nella carriera diplomatica, e più tardi lo mettevano in cattiva vista presso il futuro suocero e gli rendevano il laccio di Montecarlo, meschiando un *crosser* perché lo rovinasse.

La scrittura di E. C. offre parecchie singolarità. La lettera *r* è costantemente sostituita da un greco ρ ; in luogo di *p* si trova sempre un π ; quanto all'*o*, è indicato da un segno grafico originale, cioè da un α le cui aste discendenti sono separate per mezzo d'uno spazio doppio dell'ordinario. Ogni tanto vi sono parole ripetute tre volte di seguito; e alle triplici serie di parole tien dietro una triplice serie di accenti circoliflessi, schierati lungo la riga e ridotti all'ufficio d'interpunzione. Salvo questo scisma parziale, la scrittura di E. C. è perfettamente ortodossa e il contenuto del suo epistolario non è punto inessato.

Questo cavaliere della paranza, che da vent'anni combatte i nodini a vento del gesuitismo e adusa le grazie claustriche d'un Dulcinea inaccessibile, ha sempre evitato ogni trivialità, ogni sospetto, ogni impazienza. Condotta due volte al manicomio, ne uscì in breve tempo, tanta era la lucidità della sua coscienza, la dignità del suo contegno, l'efficacia delle sue istanze per riacquistare una libertà di cui, sia detto ad onor suo, non aveva mai molto abusato. Sono tre anni che è libero ed ha ripreso le sue letture, il suo carteggio galante, il suo cappellino dalle ale microscopiche; veterano del Diretto Vieuxseux e del delirio orotico, esempio di fedeltà disinteressata ad un ideale.

Delirio di querela. — Il delirio di querela attiva, che fa comparire figgibili in molti paranoici (ed anche in alcuni casi di mania periodica, ma periodicamente), assume uno sviluppo inquietante e caratteristico solo in quei paranoici che lo coltivano senza interruzione e lo elevano a programma della propria vita: il querelante, in regime, non è che un avaro, non il vano paranoico del preconcetto gli fa sembrare legittime e sostenibili le ardenti rivendicazioni della sua avarizia. Questi dilettanti di processi fanno a fidanza col codice, perché non intendono il diritto che dal proprio punto di vista. Nelle disposizioni della legge non vedono la protezione di tutti, ma solo quella di sé stessi. In ciò il querelante paranoico non differisce gran che dal primitivo, che concepisce la legalità come un complesso di concessioni per sé e di divieti per gli altri. Con queste massime, che professa senza saperlo, il paranoico processomane parte da un diritto immaginario ed arriva ad instigare querela non prive d'una certa forma giuridica. Qualche lieve alterazione nei particolari del fatto, l'elasticità della legge, l'avidità di avvocati poco scrupolosi, la studio diligente della procedura ed altre circostanze favorevoli possono aprire al querelante la via dei tribunali, così spesso chiusa ai poveri che hanno ragione, ma che non sono assistiti dalla fede paranoica nella propria causa. I primi insuccessi non valgono a scuotere questa fede; al contrario, la condanna alle spese processuali, il trionfo dell'avversario e l'indifferenza del difensore raddoppiano l'esergia del querelante, che ricorre in appello, in cassazione, al Parlamento nazionale ed al sovrano. Malgrado il consiglio degli amici, le esortazioni degli avvocati, le riflessioni della moglie, le proteste dei figli, il querelante continua imperturbato nella sua lotta pel diritto. Le sconfitte successive « più gravi » a cui va incontro per la sua ostinazione lo ispirano sempre più contro l'avversario fortunato, gli avvocati infelici, i giudici corrotti, la moglie ignota, i figli senza coraggio. Qualche volta il delirio di querela si comunica alla famiglia del querelante. Solo di raro, e dopo anni di persistente dialettica, arriva il quarto d'ora critico. Gli imbarazzi finanziari, le speculazioni dei patrocinatori, lo sultano del tribunale gli fanno perdere il sangue freddo. E il querelante, così frettoso in processura, si lascia trascinare a minacce che lo avviano ingrovedutamente dalla sede civile alla sede penale: da processatore impenitente diventa peccatore, se pure a salvarlo non gli si apre il manicomio.

R. D. è un gigante tarchiato e sano come un pesce. Finché delle ferrovie, si ruppe una gamba e restò un po' zoppicante. Per questo motivo fu messo a riposo con una pensione di 700 lire all'anno. Secondo lui il computo della pensione era inesatto, perché gli toglierebbero 40 o 50 lire di più. Protestò, minacciò e pose in istato d'assedio la direzione della So-

cietà ferroviaria, da cui un giorno fu persuaso a sottoscrivere una carta dichiarandosi perfettamente soddisfatto. Fu il suo solo istante di lucidità... » di debolezza. Pentitosi subito della dichiarazione, ritenuto successivamente non meno di 30 avvocati per accendere una lode che, indipendentemente dall'atto di rinuncia, mancava d'ogni base. Prima che un così gran numero di consulenti potesse riceverlo, studiare la sua causa e concludere con una ripulsa, passarono tre anni. Il povero facchino in riposo pellegrinava d'ufficio in ufficio e consumava le sue giornate nelle rationarie degli avvocati. Nessun avvocato voleva assumersi il patrocinio d'una causa disperata, ingiusta, dipendosa di un'utilità contestabile per l'interessato anche nell'ipotesi improbabile d'un trionfo. Allora R. D., in luogo di rassegnarsi, impugnò di nuovo le armi dei ricorsi e delle violenze, rivolgendole direttamente contro la Società delle ferrovie. Le sue insistenze raggiunsero tali proporzioni, che l'ex facchino fu mandato al manicomio. Sua moglie, donna di statura agiata, ma di mente puerile, era a metà convinta che avesse ragione. Giunto al manicomio, fu assegnato ad un lungo periodo d'osservazione, dopo del quale tornò perché giudicato innocuo. Passarono altri due anni senza che R. D. abbandonasse il suo delirio. La sua condotta ora « resta » regolare, com'era stato corretto il suo contegno al manicomio; viveva pacificamente, da buon padre di famiglia, coi proventi della sua pensione. Ma venne il giorno che non fu più in grado di reggersi, le sue recriminazioni passarono i limiti legali, e in una sala della Società ferroviaria, con un colpo di strascico assennato, fracassò uno specchio di qualche valore. Processato, fu prosciolto per pazzia. Da quel giorno R. D., che potrebbe godersi in pace la sua vecchiaia arzilla, rientrò al manicomio; e qualunque sia sempre lucido e disciplinato, non so quando potrà uscire.

Deliri impersonali. — Questi deliri intesi, che non riguardano la persona del paranoico, ma la filosofia, la poesia, la scienza o l'umanità, si associano in ottima armonia coi deliri precedenti; ma più spesso si presentano isolati senz'alterare i rapporti del paranoico col resto del mondo, senza turbare palesemente il suo giudizio sopra sé stesso, senza pregiudicargli il saggio e proficuo esercizio d'una professione talvolta brillante ed elevata. Tra i paranoici della alta lirica, della metafisica, della sociologia, delle invenzioni meccaniche abbondano le persone colte, intelligenti e non prive di senso pratico nel commercio con gli uomini e nell'amministrazione dei propri averi: sono i sofisti di Lovinzoo. Qualcuno riesce a passare per un erudito, per un solitario, per un pensatore anziché per un pazzo. Ma questi mattoidi innocui sono schiavi d'un preconcepito come tutti gli altri paranoici. Come gli altri paranoici amano i simboli, i teologemi, il dogmatismo; e ancorché non cadano in deliri personali, ondeggiano continuamente tra una dissoluta ambizione e una radimentale tendenza a credersi perseguitati, se anche ammirati.

Tutti i sofisti sono scrittori; pubblicisti, polemisti, poligrafi. Delle loro opere si potrebbe formare una biblioteca innocua e interessante al massimo grado. I libri dei mattoidi si riconoscono subito ad una quantità di contrassegni esterni ed interni. Tra i contrassegni appariscenti, il tratto

dell'autore in posa ispirata, l'edimone clandestina, la profetia del titolo, una serie di dediche che si seguono e si neutralizzano, le citazioni di altri autori mattoidei, l'estrema varietà dei caratteri tipografici, la mescolanza di versi e di prosa, le illustrazioni grottesche, la miscelata d'indice, il prezzo temerario del volume. Tra i distintivi essenziali di questi libri, si deve notare la loro inutilità, l'insolite trascendenza del soggetto, l'assurdità dell'argomentazione per mezzo di formule geometriche, di paralleli storici, di derivazioni ontologiche in questi di natura astratta, la creazione di assiomi falsi e contraddittori, l'abbondanza di luoghi comuni variati come idee nuove, l'oscurità e la magniloquenza dello stile, l'orgia delle metafore, dei neologismi, dei simboli e del misticismo, la puerilità dell'insieme.

Tito Livio Cianchetti, morto pochi anni fa in stato d'incetta indigena e di sordida vecchiaia, fu un mattoide celebre in tutta Italia. Era il 1871 quando lanciava per le strade di Milano il primo numero del suo *Trattato delle idee*, ragione e principio della sua fama. Lo ricordo ancora, all'ingresso del Liceo Parini, dov'ero scolaro, mentre attendeva di buon mattino il nostro arrivo a frotte. Alto, esile, silenzioso, riservato, niente importuno, niente accigliato, niente scortese, pareva piuttosto un arieta di buona pasta che uno strillone. Certamente era uno scrittore d'élite: il suo giornale non costava che due centesimi, e non c'era pericolo che Cianchetti non rendesse il resto a chi gli dava un soldo o più; anche se gli si offrivano con buona grazia, non accettava regali, ma li respingeva con semplicità gelata. Il suo congegno serio disarmava i motteggiatori, e Cianchetti fu sempre rispettato.

Il *Trattato delle idee* era un giornale di metafisica politica, di piccolo formato, stampato a mano. Sul margine d'ogni pagina, nelle quattro direzioni, ricorreva una cornice d'alfabeti, la più gran parte originali e non privi di sapore; e questa cornice formava ciò che Cianchetti chiamava modestamente il contorno del partito. Distributori, amministratori, stampatori, compositori e redattori del *Trattato* si compendavano tutti nell'unica persona di Tito Livio Cianchetti. Chi era quest'uomo? Che scopi aveva? Come si proponeva di raggiungerli? Tito Livio Cianchetti era un povero diavolo di garzone fornale, s'era istruito da sé; s'era arruolato tra i garibaldini; e viveva con una sorella attempata, trabile e mite come lui, in una cameretta del croco Garibaldi, il quartiere più plebeo di Milano. Le sue opinioni erano fortemente impegnate di comunismo; ma si libravano tant'alto nelle regioni dell'ontologia, che non se ne sentiva l'aroma sovversivo. Il testo del *Trattato* era denso di proposizioni oscure: a Tito Livio Cianchetti, come a Gesù Cristo, piacevano molto gli apoftegmi. Era poco indulgente coi signori: li chiamava i lupi tenaci; e i poveri erano le pecore tenute. Fra i lupi e le pecore accadevano scene interessanti e dialoghi curiosi, di cui spesso sfuggiva l'arcano significato: i lupi erano anche capesante e le pecore capesante. Tito Livio Cianchetti amava molto gli origami ed anche i contrasti. Accanto all'aneddoto satirico, un po' ingenuo, leggermente triviale, spargeva i fiori del suo stile aulico, ispirato ad un idealismo spiritualistico, confuso, sterile d'applicazioni. Benché non privo di acutezza e di cognizioni disordinate, il fondatore del *Trattato* era rimasto ignorante e commetteva

errori di grammatica. Le sue idee, prese una per una, non mancavano d'una certa elevatezza filosofica, qualche volta erano espresso nobilmente e non senza chiarezza; ma peccavano nella coordinazione. Tito Livio Cianchettini saltava spesso di palo in frasca, e qualche volta era impossibile seguirlo.

Ciò che vi è di più singolare nella vita di Tito Livio Cianchettini è la sua costanza. Vero don Chisciotte del giornalismo, in mezzo alle più dure siccità, perseverò nella pubblicazione del suo *Trattato* per venticinque anni di seguito. Si ammalò, gli morì la sorella, rimase più volte senza danaro, e il *Trattato* tacque momentaneamente, ma superò le sue crisi e non morì che con lui. Pochi anni prima, mi pare verso il 1863, Cianchettini, vecchio e povero, aveva avuto il coraggio di trasportare a Roma le sue tende. Alla capitale il *Trattato* doveva attingere fortuna e autorità per diffondersi in Italia. Ma il tentativo fallì: nessuno leggeva il *Trattato*, pochi lo compravano per compassione. Nondimeno lo conservavano tutti, almeno per fama; ed un giornale quotidiano di Roma, con intenzione umoristica, volle adottarne il titolo. Così avvenne che Tito Livio Cianchettini morì dimenticato all'ospedale; ma anche il *Trattato*, confondendo le sue rovine con quelle della *scrittura politica*, ma il nome del *Trattato* sopravvive nel giornalismo quotidiano di Roma immortale.

La potenza intellettuale dei mattoidi, il legame delle loro idee, la loro istruzione e il credito di cui godono nel mondo variano da un caso all'altro. Dopo il 1870 un mattoida tipico, Francesco Coccipeller, fu per due o tre anni l'idolo dei Romani. Era figlio d'una guardia svizzera del Papa, cavallerizzo, autodidatta, inventore brevettato d'un freno per le carrozze, pubblicista e fondatore del *Corso di Ciccio*, giornale quotidiano; per una legislatura fu, con grave scandalo, deputato di Trionfere, e morì in miseria. CESARE LOMBARO lo paragonò a Cola di Rienzi. Vi furono mattoidi sulle cattedre universitarie o in Senato, ve n'è un certo numero, sempre, nel ceto medico. Fu appunto un medico quel G. Mazzoni che pubblicò un volume sulla *Natura istintiva* e credeva d'aver inventato la *diagnosi gastro-terapeutica*. Un altro medico, suo ammiratore e seguace, lo cita ripetutamente nella sua *Guida al medico pratico*, dove insegna a qualificare le malattie per mezzo di linami e a considerarle come varietà e gradazioni di *spasmi bruxici*; questo audace innovatore, che chiamava la *nefrite* col nome di *apnea-perettiva*, non mancava di clienti nelle alte classi sociali. Un collega di costoro, che esercitava con plauso la medicina nella provincia di Udine ed era spesso consultato in materia di politica urina, attribuiva la pellagra all'azione di funghi velenosi amminicolati nei soffitti delle capanne o, com'egli si esprimeva, delle *capanne*, e per sostenere questa tesi scrisse libri ed articoli in giornali medici e politici. Presso Bologna visse lungamente un certo Matteo, che aveva fondato le *Istituzioni d'elettricità repetele*, vendendo rimedi nuovi e facendo buoni affari: tanto che morì millionario. Questi mattoidi altolanciati furono segnalati con coraggio, con verità e senza complimenti da CESARE LOMBARO.

Molti anni fa l'editore Zanichelli aveva messo in commercio un'opera dal titolo promettente: *Luce e cervello*, che trattava di ontogenesiologia e di teofisiologia. Ogni fenomeno dell'universo vi era ridotto a manifestazione di luce: donde il nucleo d'una nuova scienza, la pantografia, che aveva offerto materia ad una pubblicazione precedente, lodata per le stampe da filosofi di cartello (metafisici, s'intende). In questo libro erano raffigurati i vari stati dell'anima con disegni simbolici aggiunti al testo e che costituivano la mistologia: l'anima era una vergine con una stella in fronte, e la si vedeva in piedi, a letto, con gli occhi aperti o chiusi, in vari atteggiamenti, secondo le occasioni.

È da notare la parentela ideale tra la pantofisiologia del filosofo e gli squilibri luminosi del medico. Vi è una somiglianza non meno straordinaria fra le teorie di due neo-alchimisti che si resero celebri in Italia, ma in epoche e provincie differenti per la reale abilità delle loro preparazioni industriali. L'uno, certo cavaliere M., pretendeva di autotizzare i corpi organici (foglie, erbe, capelli, cioè di convertirli in metalli, mentre con un processo accentrato di galvanoplastica si limitava a spalmarne la superficie, e dopo questa scoperta invano magnificata morì in mezzo al rimpianto di tutti i giornali italiani, che rimproverarono al governo ed alla patria d'aver lasciato in abbandono un inventore di genio. L'altro neo-alchimista, precursore del cavaliere, fu il famoso Segato, che s'affrettò di petrificare i pezzi anatomici; il suo non era che un talento d'imballamatore, ma vi sono ancora Inglesi ed Americani che, passando per Firenze, s'interessano ai suoi inutili preparati e vanno ad ammirarli nei musei. Il cadavere di Segato fu sepolto nel cimitero di Santa Croce con un'epigrafe apologetica in ottavo latino.

Per queste coincidenze di pensiero, per gli elogi di cui i mattoidi si gratificano fra di loro, per la tendenza infrenabile che li spinge ad introdurre la sistematica in psicologia, la meccanica nelle scienze morali e la metafisica dappertutto, si potrebbe quasi ammettere l'esistenza d'una scuola paranomica di filosofia, scuola un po' volatile e inerte, ma non priva di tradizioni e di carattere, cui manca soltanto uno storiografo.

Neologismi. — I neologismi dei paranomici si distinguono abbastanza bene non solo da quelli dei normali, ma anche dalle acceformazioni verbali dei zerrastrenici o dei pazzi propriamente detti. Essi permettono dunque, oltre alla diagnosi generica di pazzia, anche una diagnosi differenziale. Tra i pazzi i più inamovibili fabbricatori di nuove parole sono i dementi precoci; ma i loro neologismi sono numerosi, talvolta fino a formare una specie di gergo individuale, sono spesso utili, amori ed insensati, perchè applicati ad oggetti senza importanza oggettiva, ed

espressiva e che quindi non avrebbero alcun bisogno, nemmeno agli occhi dell'infermo, d'un ballesimo speciale. Invece il paranoico non inventa di solito che una sola parola, e quella parola assorge a simbolo visibile dell'entità paranoica, perché racchiude la sintesi del sistema delirante. È logico che a cose nuove o che sembrano nuove si assegnino nomi nuovi, e il neologismo del paranoico non è che l'espressione di questa necessità. Perciò sono ben pochi i paranoici che, sentendosi così diversi dagli altri, non sentano sentito il bisogno di affermarlo al mondo, e di contare il loro neologismo: solenne, inimitabile ed originale come il delirio a cui corrisponde.

Dietro il neologismo paranoico s'indovina subito il tema su cui verte il delirio: classificare i neologismi è lo stesso che classificare i deliri. Un'inchiesta in vari manicomii d'Italia mi ha dimostrato che tra i neologismi abituali dei deliranti cronici (paranoici e paranoici) si potevano distinguere sei categorie di vocaboli:

1.^a nomi allusivi a personaggi ed esseri reali ed immaginari, varesinili o soprannaturali, isolati ed associati, malefici o benefici, come i *lata*, gli *ara*, gli *astieristi*, i *folati*, i *veritisti*, gli *aghiati*, il *grec aetereone*, la *quadrata*, la *spinta leone*, i *managgersi*, il *capitano Egitto*, il *principe Biondi*;

2.^a sostantivi che indicano agenti fisici, infiniti misteriose, metamorfosi, stati analogici, modi di essere o di pensare, come la *lucertola*, l'*alceide*, i *occhi elettrici*, l'*interro*, il *soffio del drago*, l'*assoggettamento cerebrale*, l'*esquadrante*;

3.^a auto denominazioni, quasi sempre ambiziose, come *Imperio*, *Assassio Pope*, *Napoleone II*, *Amedeo III*, l'*Étoile d'or*;

4.^a terminologia pseudo-filosofica e pseudoscientifica, come *antimetrie*, *diversamente*, *mitico*, *triadologia* o scienza dell'*on-trisavo*;

5.^a scongiuri, come *diea treize*;

6.^a frasi senza alcun significato, come *transgrazione*, *forfidierare*, *convulsioneza mirica*, *lepidermocrina*, *uffa*, *palmaiana*.

I neologismi di fabbrica paranoica sono rappresentati nelle prime quattro categorie, sebbene anche in queste categorie non manchino neologismi d'origine paranoica. Quelli delle tre ultime categorie sono contrassegnati dalla più profonda stravaganza e dalla molteplicità. Gli scongiuri e i frasi che non significano nulla sono una specialità dei dementi precoci.

Allucinazioni. — Per quanto rare il isolato, le allucinazioni più o meno sistematiche non sono eccezionali tra i paranoici genuini. Certamente, non sono mai così abbondanti e tumultuose come nell'amenia; ed così continue come nella demenza precoce, dove assumono più spesso l'aspetto

di immagini costie o pseudo-allucinazioni. Il senso più colpito è quello dell'udito. Se è esagerata l'asserzione di KRAEPELIN, secondo cui i paranoici non sarebbero soggetti ad allucinazioni, io credo di poter calcolare all'80% la proporzione dei paranoici non allucinati: s'intende che, per accettare questa proporzione, bisogna eliminare dagli elenchi della paranoia tutti i casi di demenza precoce con delirio paranoide.

Condotta dei paranoici. — Il paranoico non è sempre un uomo d'azione, ma è sempre un uomo di carattere. Per la felettia inconscia al suo predominio riesce a farsi rispettare e invece una certa soggezione fin tra le mura del manicomio; per l'instancabile energia di esecuzione con cui talvolta tradisce il suo delirio in un programma di vita perversa, il paranoico può diventare pericoloso e imporre agli altri la sua volontà. I perseguitati persecutori, i querelanti, gli ammazzi con delirio mistico tendono all'offesa, alle liti e alla propaganda. I mattoidi possono rendersi molesti. Ma nell'evoluzione naturale della paranoia vi sono, e spesso maturano felicemente, anche i fattori pacifici della resipiscenza o per lo meno della dissimulazione e della calma. La calma pura e semplice è rassegnazione al proprio destino e non implica rinuncia alle convinzioni deliranti; o può anche risultare da una metamorfosi del delirio, per cui all'idea della persecuzione si associa quella della difesa, e il paranoico si sente al sicuro non per mancanza d'invidia, ma per la presenza di protettori che lo controbilanciano. La dissimulazione è un atto d'opportunismo che serve al paranoico evadere per ottenere l'uscita dal manicomio o per evitare l'internazione. Spesso i paranoici consumano tempo e denaro in viaggi mondiali, ma innocui. Quanto all'abito del delirio, esso è raro, ma non impossibile: per debolezza senile, per malattie intercorrenti, per gravi inaspettati avvenimenti, per una modificazione radicale delle abitudini dietetiche, sessuali, professionali, per un disastro morale, per un processo spontaneo d'involutione, il sistema delirante si sfaccia e non rimane che la costituzione paranoica, oppure, a furia di metemorfosi, si dissipa e di richiami alla mediocrità della vita reale, il paranoico perde anche l'impronta della sua costituzione psichica e da mistico diventa scettico ed agnostico senza accorgersene.

G. L., falegname, di 63 anni, abilissimo nel suo mestiere, attivo, onesto, prese moglie a 39 anni. Fin dal primo giorno del suo matrimonio si mostrò pallido fino all'angoscia. Immaginava i tradimenti più inverosimili e vigiava giorno e notte: cercava i rivali sotto al letto, li calcolava a decime, e non lo arrestavano né suoi sospetti né la vecchiaia, né la deformità. Questo inferno durò pochi mesi: G. L. radunò qualche centinaio di lire, abbandonò la moglie e s'imbarcò per l'Egitto. In viaggio, impulsivo com'era, si lasciò persuadere da due emigranti a prestar loro tutto il suo peculio, e i suoi amici improvvisati, approfittando d'una fermata a Messina, toc-

carico terra e non tornarono a bordo. Il pirata si proseguì con due passeggeri di meno; e G. L. proseguì col pirata, ma senza il becco d'un quattrino. Dibe varie peripezie e fu rimpatriato a spese del governo italiano. Pensò che il tiro giocatogli fosse organizzato dalla moglie o piuttosto dai suoi amanti, che da quel giorno in poi apparvero alla sua fantasia come gli artefici di persecuzioni svariate, crudeli e sempre più sapienti. Il pover uomo si diede al vino e ai liquori, divenne anche allucinato. La notte teneva d'esser assalito dai nemici; di giorno credeva che nelle strade lo canzonassero. Qualche volta gli pareva di sorprendere in flagranti i più audaci, e reagiva violentemente. Fu ricoverato al manicomio. Per molti anni vide di malocchio i medici e gli infermieri; poi, col mutar delle persone e delle cose, cominciò a ricredersi. Fu occupato nei lavori dello stabilimento, ottenne compensi, elogi e piccoli privilegi che instigavano il suo amor proprio. Da allora fece forza a sé stesso per reprimersi; si convertì all'anti-alcolismo, cessò di investire, durante le veglie notturne, i presunti nemici; si affezionò al manicomio. Infine, dopo vari mesi d'esperimento, domandò la libertà e la promessa di essere impiegato nello stabilimento come falegname. La sua domanda fu esaudita: G. L. è libero, ignora dove sia andata a finire sua moglie, non si ubriaca ed è un ottimo operaio. Dal suo delirio di gelosia e di persecuzione non c'è più nessuna traccia; e siccome G. L. non è né diffidente, né vanitoso, vi è da scommettere che non ha più nessuna voglia di ricominciare.

Così la vita dei paranoici, in luogo di svolgersi come una progressione di follie con un epilogo tragico, può scorrere pacificamente con periodi di indifferenza o di tregua e terminare nel crepuscolo d'un durevole ravvolgimento.

TRATTAMENTO DELLA PARANOIA.

Appunto perchè la paranoia non è una vera malattia, ma un'anomalia intellettuale, il medico dovrà evitare per quanto è possibile di dare giustificazione e alimento al delirio con inutili allarmi. Il manicomio non è un ambiente adatto ai paranoici: nella loro lucidezza essi sentono tutta l'enorme distanza che li divide intellettualmente dai pazzi. L'alienista che che non si accorge di questa incompatibilità si mette al disotto del paranoico. Tuttavia qualche volta, per salvare le famiglie dalle intemperanze dei paranoici, bisogna ricorrere al manicomio in mancanza di meglio, e i paranoici diventano lustro e decoro del riparto destinato ai più civili, ai più composti, ai più incisi dei ricoverati. Si può tentare la conversione con franchezza non disgiunta da deferenza. Ma questo risultato scade soltanto a chi sa aspettare con pazienza e farsi umile dinanzi alla superbia paranoica. Se non si raggiunge la conversione, si potrà insegnare al paranoico la dissimulazione a titolo di consiglio amichevole, dimostrandogliene i vantaggi pratici. Qualche volta il paranoico segue il consiglio senza dirlo al medico; e lo segue così bene, che il medico creda alla risipienza dove non è che un'abile dissimulazione. Che importa? perchè la dissimulazione continua.

CAPITOLO XXV.

L'imbecillità

—

Secondo la psichiatria tradizionale l'imbecillità era la sorella minore dell'Idiozia. L'una e l'altra non esprimevano che due gradazioni d'una medesima psicopatia e il cippo comune era l'insufficienza postarica dello sviluppo mentale. Qualche volta, in via d'economia, ma non fra gli illoti più che fra gl'imbecilli, si ammetteva che l'agenesia, invece d'essere ereditaria, fosse provocata da traumi o da altre cause individuali e precosabili che agivano con equivalenza di risultati nella prima infanzia o nella vita fetale. Gli idioti, non tanto impediti da cause estranee quanto nati per conto proprio a entrare in relazione col mondo, privi di favella, infimi rappresentanti dell'intelligenza umana, erano condannati in anticipazione a vegetare con la sola scorta d'una coscienza rudimentale; gl'imbecilli, fermi ad una fase ulteriore, dotati d'un linguaggio più o meno completo, stavano al penultimo posto della degenerazione, ma sulla stessa linea di prospettiva, senza discontinuità di sintomi, né di patogenesi.

Oggi la psichiatria clinica, per opera di VOISIN, MORSELI, SCALIER, BOURNEVILLE, KÖNIG, DE SANCTIS, studiando meglio i deficienti e da un punto di vista superiore al puro empirismo psicologico, ha scomposto quest'unità artificiale. Il concetto di mioplasia ereditaria e spontanea, come conseguenza della degenerazione ereditaria, non si attaglia che a pochi casi per lo più assai rari, dove la deficienza mentale è accompagnata da un certo grado di perversimento. Possiamo, utilizzando la vecchia nomenclatura, mantenere ai deficienti di questa specie il titolo d'imbecilli, a patto che non presentino nemmeno le tracce d'una cerebropatia progressiva. A tutti i deficienti che non rientrano nel quadro della degenerazione mentale, ma in quello delle cerebropatie infantili, riserviamo il nome d'idioti senza badare al grado talvolta minimo della loro deficienza.

In questo senso noi diremo che l'imbecillità è congenita, mentre l'idiozia è acquisita, sia pure ai primi albori della vita. L'imbecillità, più

to: che non malattia, è un'anomalia mentale e non disturba gran che né lo sviluppo generale del corpo, né le funzioni nervose d'ordine inferiore. L'idiotia è il reliquato di processi anatomico-patologici che conducono ad una gliosi più o meno generale e che si manifestano clinicamente con irregolarità caratteristiche del movimento, del trofismo, della sensibilità e dell'intelligenza, ma non sempre gravi, né multiple; anzi talvolta così attenuate e così localizzate, da lasciare ad un buon numero di cerebropatici maggiore intelligenza che agl'imbecilli e persino la piena integrità della mente. Questi cerebropatici di mente integra, per quanto più o meno malconci dal lato dell'attività muscolare, non appartengono certo alla psichiatria, ma alla nevropatologia: essi hanno il diritto di ripudiare il nome d'idioti ed ogni rapporto di collegialità anche lontana con gl'imbecilli. Restano in psichiatria i cerebropatici idioti, ma a mille miglia dai degenerati in genere e dagl'imbecilli in specie.

I due quadri clinici sono dunque agli antipodi per un sostanziale contrasto d'origine e di natura che si riverbera, come vedremo, anche sulla qualità delle manifestazioni psichiche: sulla qualità meglio che sul grado. Di qua i deficienti-imbecilli o di razza, spesso un po' perversi, ma alacri, sani e solo mentalmente imperfetti; di là, nella serie dei cerebropatici, un forte gruppo di deficienti-idioti, non perversi, con gradazioni illimitate d'incapacità intellettuale, ma infermi o sopravvissuti a gravissime infermità dell'infanzia e ciononostante fiancheggiati da altri cerebropatici a menti in tutto normali.

MANIFESTAZIONI CLINICHE.

Le manifestazioni necessarie dell'imbecillità sono puramente psicologiche; ma può darsi che alla deficienza mentale si associ qualche sugna di degenerazione entropologica o che l'arresto dello sviluppo psichico si duplichi con l'arresto dello sviluppo somatico. Altre irregolarità, o, per dir meglio, imperfezioni delle funzioni motrici e sensitive non sono che l'eco indiretta dell'insufficienza mentale.

Aspetto dagl'imbecilli. — L'incoscienza della loro anomalia e il benessere di cui godono infondono agl'imbecilli un sentimento di baldanza che spesso induce nella loro fisionomia: la loro parola è rapida, la gesticolazione abbondante, la mimica mobile ed accompagnata. Talvolta gl'imbecilli ostentano una prontezza d'azione che inganna sul valore della loro intelligenza; e non è raro il caso di vederli intorovrati nell'attuazione d'un programma che non hanno capito. Nelle scuole inferiori l'imbecille è sempre il primo ad assentire col capo quando la lezione è più astrusa;

la sua faccia è spesso grottescamente intesa alle spiegazioni del maestro, ma cambia in modo fulmineo d'espressione al semplice voler d'una mosca. Durante un'adunanza tecnica in cui le mie idee sul governo dei manicomi erano vivamente combattute, io osservavo con interesse l'agitazione mimica di un imbecille adulto che approvava risolutamente i miei avversari quando i loro argomenti erano più slentati e confusi; a un certo punto applaude un lapso logico; e in un altro momento si schiera con impegno in favore d'una proposta che era piuttosto contraria alle sue credenze ardentemente religiose.

Gli imbecilli, appunto perchè sono sani e senza pensieri, hanno un aspetto allegro e spesso piacente. La carnagione rosea e vellutata, gli occhi a fior di testa, lo sguardo sereno, la fronte senza grinze, il sorriso diffuso sulla faccia leggermente incravagliata si possono considerare come segni di piacilità corporea; e cospargono di grazia infantile una fisionomia poco solcata dalle emozioni, rispettata dalle malattie, lucida come lo specchio d'un lago. Vi sono, è vero, anche gli imbecilli sediziosi che fanno pompa d'una fierezza teatrale; e gli imbecilli gravi che sembrano affaccendati come se pesasse sulle loro spalle la responsabilità dell'universo; e i maliciosi che vi giocano un tiro birbone; ma un fondo incancellabile di fatuità ammonitrice l'espressione dei sentimenti aggressivi o solenni o petulanti.

Stigmi anatomiche di degenerazione. — Prescindendo da possibili, ma finora ignote imperfezioni del cervello e degli elementi nervosi, che a priori dovrebbero contare in una certa povertà di ramificazioni dendritiche o di fibrille, povertà tutt'altro che facile a provarsi (per determinare l'imbecillità non occorrono, anzi sono da escludere lesioni ed anomalie macroscopiche), gli imbecilli possono presentare qualche stigma di degenerazione somatica che conferma la natura degenerativa della deficienza mentale (senza esserne nè la causa, nè l'effetto) in virtù d'una semplice correlazione.

Questo stigmo anatomico non sono numerosi, nè gravi, nè costanti, nè deformanti, e bisogna togliere dal mazzo quelle irregolarità ed anomalie (del resto rare nell'imbecillità) che non hanno un significato atavico o degenerativo, ma semplicemente atipico e patologico. Un'anomalia d'origine schiettamente patologica è p. es. la piagioscefalia, e la sua presenza, lungi dal sanzionare la diagnosi d'imbecillità, deve suggerirci il sospetto di un'idiozia acquisita, ossia d'un processo precoce di ceretropatia. La rachitide, l'accondroplasia, la sifilide ereditaria, che sogliono portare larghi contributi di bruttezza al corpo senza deformare l'intelligenza, possono bensì trovarsi in compagnia dell'imbecillità, ma per pura combinazione.

Tra le anomalie visibili del corpo sono veramente degenerative e abbastanza comuni nell'imbecillità le seguenti: fronte bassa e fuggente (fig. 136 e 137), seni frontali assai pronunciati, occhi piccoli. Il prognatismo, il prognatismo, le anomalie dentarie, la meschinità della statura, la mano piteceide non sono frequenti.

Percezione. — Gli imbecilli sono facili a distrarsi e poci a percepire le impressioni esterne. La loro rapidità di percezione è frutto dell'attenzione



Fig. 136. — Imbecilli con linguaggio completo, statura normale, ottuso glorio, fronte fuggente, balanconi, allargata a terra, meraviglia davanti al sistema delle macchine fotografiche.

passiva, che è rigida e precisa come negli animali, ma poco idonea a trasformarsi in attenzione continua e volontaria verso un obiettivo prestabilito. Dalla prontezza di percezione provengono all'imbecille più danni che vantaggi: conclusioni avventate, osservazioni imprudenti, conclusioni sbagliate e un concetto immoderato della propria personalità. Negli esperimenti di psicomatria gli imbecilli fanno talvolta un'ottima figura:

in loro equazione personale rivela una velocità di reazione superiore a quella dei normali.

Sensibilità. — Io credo che il fenomeno più notevole d'insensibilità sia negli imbecilli l'assenza dello schifo: essi l'hanno comune con gli istruiti e come gli istruiti ne sentono tanto e ne traggono lucro. La mancanza di schifo più che la libidine li rende facile preda alla seduzione, e non poche tra le prostitute d'infima classe sono imbecilli di tale carattere senza ombra di ipocrisia, né di malvagità. Lo stesso si dica di certi pederasti pasotti.

Un guaio più oscuro è quello dell'iposgesia. Malgrado gli strilli con cui reagiscono ad un lieve stuzzico doloroso, pare che questa categoria d'anormali sia soggetta all'iposgesia più delle altre. Non solo il fatto subiettivo del dolore, ma anche il fatto obiettivo della contrazione mus-

scolare si manifesta, sotto l'urto di correnti furatiche, solo agli stimoli più forti di quelli che ledono o provocano il dolore e la contrazione muscolare nei normali. Gli imbecilli della categoria insensibile non sono sempre così tetragini agli eccitamenti dolorifici. Ma è agli idoti cerebropatici che va assegnata la palma dell'analgosi, non agli imbecilli. Gli imbecilli sentono squisitamente la fame o la sete. Quanto alle forme di sensibilità specifica, non lasciano nulla a desiderare. In tutto ciò rassomigliano ai selvaggi ed ai bambini.

1. Effettività. — Il carattere degli imbecilli è quello dei ragazzi. *Cet boy est sans peur*: fischiano nelle orecchie d'un cane, legano una scatola di latta alla coda d'un gatto, strap-pare le zampe a un insetto, sono divertimenti preferiti per un imbecille, che nondimeno potrà affezionarsi al cane o al gatto di casa, allevare canarini e marmotte con diligenza o abilità, passare la sua giornata nella stalla come fra camerati. La crudeltà degli imbecilli non è dunque che una prova della loro leggerezza. Essi non si comportano meglio nella stretta cerchia della famiglia: ridono se il nonno cade malamente per terra, guardano con curiosità mista di compiacenza il fratellino che piange, si rassegnano con la più candida ingratitudine alla partenza o alla morte dei genitori, son rifuggiti da scherzi macaberi, da cadaveri, da vendette, purché se ne presenti l'occasione o non occorra premiosazione, né sforzo: eppure, sono teneri, carezzevoli, pieni di buone



Fig. 117. — Imbecille subacrobatico con facili riflessi acrobatici, schiena regolare e muscoli segna di acrobazia.

volontà, che nondimeno potrà affezionarsi al cane o al gatto di casa, allevare canarini e marmotte con diligenza o abilità, passare la sua giornata nella stalla come fra camerati. La crudeltà degli imbecilli non è dunque che una prova della loro leggerezza. Essi non si comportano meglio nella stretta cerchia della famiglia: ridono se il nonno cade malamente per terra, guardano con curiosità mista di compiacenza il fratellino che piange, si rassegnano con la più candida ingratitudine alla partenza o alla morte dei genitori, son rifuggiti da scherzi macaberi, da cadaveri, da vendette, purché se ne presenti l'occasione o non occorra premiosazione, né sforzo: eppure, sono teneri, carezzevoli, pieni di buone

quando desiderano regali od elogi. La loro puerilità d'affetti non cessa con l'andar degli anni. Gli imbecilli, come i fanciulli, sono assai sensibili all'invidia che li trasporta al male; ma anche all'amor proprio, che è il lato sano dell'invidia e che, opportunamente coltivato, può indirizzarsi al bene.

L'amor proprio degli imbecilli confonde spesso con la vanità, che nei normali fa un'apparizione effimera tra i 12 e i 15 anni, ma si trasforma o impara a nascondersi dopo la pubertà e non elligia affatto nell'infanzia. Mentre l'immortale ostenta in qualunque età una sdeguea e virile indifferenza al plauso come al biasimo delle autorità costituite, l'imbecille non sa reprimere un sorriso di gioia, uno sguardo di trionfo, una fragolina di mani, quando sente il murmure d'ammirazione paterna o ironica che accompagna le sue risposte. L'ebbrezza dei suoi successi scolastici e l'esempio dei normali lo conduce a tentare la via della gloria anche dopo i vent'anni o con l'iperattività o con leggere stereocopie o con sogni d'immolazione per cui dimostra non di rado un certo talento. Tutte queste inclinazioni appartengono alla psicologia puerile, e la loro persistenza in età adulta è un segno squisito d'anomalia patiale.

Il talento dell'immaginazione, il gusto della finzione scenica e l'ambizione di primeggiare almeno in commedia infuocano spesso l'imbecille a avventarsi d'una parte omonima. È un vero gioco a cui si abbandona con tutta la fuga della sua misera fantasia, illudendosi d'essere diventato davvero il personaggio che va rappresentando. Anche il bambino normale crede, caracollando alla meglio sopra una seggiola, di passeggiare a cavallo. E l'imbecille, convinto o semiconvinco della propria importanza, scritta con severità la genesi che passa, perorante o proficace l'accuso con gesto breve e sicuro, provvede mimicamente a ciò che incombe di nuovo, ma non prima che vi abbiano provveduto effettivamente gli altri; è l'uomo d'ordine, il faticoso, la sentinella dello stabilimento, il direttore, l'ispettore, il capo del reparto. Qualche volta il suo gioco è ispirato al più schietto realismo. Si vedono imbecilli che toccano il polso d'un vero malato con gravità meditabonda; che in abito e in funzione effettiva di elascici impartiscono benedizioni di episcopale mellifuità; che attendono di trovarsi in piazza d'armi davanti a reggimenti di soldati per comandarne le evoluzioni con occhiate non viste, ma saturi di prodezza militare; che con un cenno rassicurante ficcano in cella di sicurezza il pezzo inviperito che ha messo in subbuglio la camerata ed è già fra le braccia di due infermieri; sono essi che danno il segnale della visita medica quando è cominciata; essi che assestano il colpo decisivo per alzare un carico, per apparecchiare la tavola, per trasferire la comitiva in giardino. Talvolta non sanno leggere, ma tengono gli occhi fissi sul giornale o sul

libro, sfogliandone ritmicamente le pagine per destare l'ammirazione degli spettatori. Un imbecille che aveva vissuto in una casa di salute gli anni della sua adolescenza e credeva d'esserne l'anima, si era così immo-destinato nella sua illusione, che un giorno si presentò alla porta del collegio dov'era indisposto un giovanotto di sua conoscenza, dando ad intendere d'essere un medico di fiducia inviato dalla famiglia, e riesci a passare per un laureato di fresca data, anzi per un assistente di quel sanatorio. Ma non abusò dell'equivoco, limitandosi a prescrivere un purgante che forse non era inopportuno.

Negli imbecilli non è rara la *zoffera* che si estrinseca con atti di comica minaccia, di dispetto puerile ed anche d'incredibile violenza o di crudeltà raffinata. Si vedono imbecilli non più giovani e impotenti a rappresaglie più gravi gettarsi a terra urlando, sputando e proiettando calci nell'aria. Gli imbecilli non sono insensibili all'erosione, mostrano persino di possedere un criterio di scelta e spesso onorano della loro predilezione incostante la più bella ragazza del paese, o, se sono donne, il giovane più brillante e più ricco; non rifuggono dalle dichiarazioni amorose, dalla violenza e dalla profferta del proprio corpo. I loro amori sono privi di sentimentalità: più che la tenerezza vi si scorge la mancanza di pudore e la vanità.

Nel voto degli imbecilli si dipinge spesso la meraviglia, ma la riservano ai casi più semplici e conoscono l'arte di reprimersi, almeno fino a un certo punto, per non sembrare ingenui: la bocca semiaperta è un atteggiamento classico di questi deficienti (fig. 136 e 137). Davanti ai fatti veramente meravigliosi l'imbecille rimane invece impassibile, o perchè non capisce, o perchè ha paura di perdere il suo prestigio, o perchè crede d'aver trovato una buona occasione di mostrarsi superiore agli altri. Le stesse contraddizioni si osservano in quella varietà della meraviglia che è il *terrore*: imbecilli che non farebbero un passo allo scuro possono assistere o prender parte con indifferenza ad una scena di sangue.

Sono comuni fra gli imbecilli due sentimenti antitetici: la *credulità* e la *diffidenza*. Ma a ben guardare l'antitesi non è che apparente: per mancanza di criterio gli imbecilli cadono facilmente nell'errore di credere al falso e di diffidare del vero. La lusinga del guadagno, la speranza di passare per astuti, il partito preso, l'incapacità di riflettere compromettono spesso il loro interesse: essi non sanno mai quando debbano accordare la propria fiducia e quando debbano negarla. Una ragazza imbecille che aveva rifiutato un bacio a una parente si lasciò deflorare per due soldi da uno sconosciuto. Un imbecille guardingo che crede alle fate e ai topi parlanti non ammette l'esistenza dei microorganismi, perchè

non li vede è il microscopio non è per lui che una mistificazione. Questa incertezza di criterio rende gl'imbecilli assai necessitabili ad ogni sorta di suggestioni, alla pazzia comunicata, ai deliri sistematizzati: la loro credulità li spinge ai deliri ambiziosi, la loro diffidenza ai deliri persecutori. E così l'anomalia dei sentimenti si combina con la deficienza della mente per generare prodotti di vera e propria pazzia.

Anche lo stato d'animo degl'imbecilli non è sempre uniforme, regolare e piuttosto ilare come si potrebbe supporre e porri. La loro vita scorre per lo più senza gioie, senza amarezze e senza forti sorprese, ma non è immune da scosse che possono prendere le proporzioni d'uno stato depressivo o d'un esaltamento più o meno gravi. Del resto queste oscillazioni del tono sentimentale non sono impossibili nemmeno nella più profonda demenza. Esse dipendono da cause strettamente organiche che alterano la sensibilità, non dagli avvenimenti: ed anzi sembra che gl'imbecilli, nella loro indifferenza agli avvenimenti esterni, siano più esposti a risentire l'influsso dei disordini interni che possono meglio ripercuotersi sopra un cervello vuoto d'attività psichica. Un lieve catarro di stomaco può rannuvolare in permanenza un imbecille felice.

Gli accessi di depressione e d'esaltamento assumono nell'imbecillità una frequenza speciale ed è soprattutto caratteristica la loro brevità. Non è eccezionale il ricorrere di vere psicosi periodiche e circolari che non differiscono nei loro sintomi dalle crisi affettive dei non imbecilli, tranne appunto per la loro durata spesso assai ridotta.

Se il debole squilibrio dell'affettività conduce talvolta gli imbecilli alla soglia e oltre la soglia della melanconia, della mania, della psicosi circolare, la povertà di sentimenti altruistici ne fa non di rado dei veri e propri immoralisti. Si discute a lungo se esista immoralità costituzionale senza almeno un'ombra d'imbecillità; ed io credo che la deficienza d'altruismo non abbia bisogno di allearsi con la deficienza di giudizio per acquistare una consistenza clinica. Ma, a parte l'autonomia ormai riconosciuta dell'innocuità costituzionale o pazzia morale, non si può negare che un grosso contingente a quest'anomalia è fornito dagli imbecilli. Gli imbecilli dell'intelligenza sono spesso imbecilli dei sentimenti morali e sociali. Molti criminali, molte prostitute sono puri e semplici imbecilli, che si sono perduti nei bassifondi delle carriere antisociali per mancanza di ogni discernimento e per colpa d'ambiente; ma alcuni di coloro vi sono entrati con discriminazione e di buona voglia per un vero perversimento dell'affettività parallelo alla deficienza intellettuale.

La base etica morale degli imbecilli si conferma anche per la loro tendenza alla menzogna. Oltre alle menzogne improvvise essi ricorrono alla menzogna abituale; ma talvolta insistono nel credere alla verità di

ciò che fanno inventato per millanteria o per interesse. Un altro indizio d'immoralità, certo assai superficiale, sta nella compiacenza con cui si abbandonano alla coprolalia, alle bestemmie, alle *égarees* grossolane: ma anche queste aberrazioni dell'affettività non sono il più delle volte che l'effetto di un'educazione alla rovescia. Bisogna del resto convenire che gli imbecilli imparano il male più facilmente che il bene (SOLLIER).

Intelligenza. — La memoria è tra le qualità intellettuali la più sviluppata negli imbecilli. Si raccontano meraviglie del loro talento mnemonico, specialmente in materia di nomi e di numeri. Ma oltre ad essere unilaterale, la memoria degli imbecilli è infruttifera. Di solito non imparano che a succediare automaticamente serie di strofe, tutti i paragrafi del codice, squarci di libri, ma sono incapaci di giovare a se stessi e a proposito citando un verso, una disposizione legale o una frase. Questo tesoro di ricordi insercibili sarà forse una ricchezza perchè costituisce una rarità, ma non è un capitale perchè non rende. Fanno eccezione, ma fino a un certo punto, gli imbecilli calcolatori: essi utilizzano due sorta di memoria, la memoria immediata dei numeri dati e la memoria capitalizzata dell'abito che applicano felicemente alla soluzione d'un quesito aritmetico. Ma al di là dei numeri non vedono le cose, e il quesito che sciolgono non saprebbero porcelo. Lo stesso si deve dire degli imbecilli *mnémotecnici*: solleciti a ripetere come pappagalli marce, ballate, melodie dal ritmo spiccato, non possiedono né gusto musicale, né capacità di comporre. I fatti dell'intelligenza non sono per essi che fatti della memoria. Per quanto salgano in fama e in bravura, sarebbe vano cercare tra questi diseredati un matematico o un artista.

A parte le eccezioni, la grande maggioranza degli imbecilli non ha alcuna attitudine né all'aritmetico, né alla musica. Conosco imbecilli che hanno potuto assolvere il servizio militare, prendere moglie, lavorare regolarmente come contadini e che non sanno contare fino a 10. Altri sono in grado di recitare a memoria la tavola pitagorica, ma non di numerare gli oggetti che vedono oltre a un certo limite. Per un imbecille mediocrementemente musicale ve ne sono almeno dieci affatto amusicali. Non solo le ipermnesie degli imbecilli sono unilaterali, sterili e piuttosto rare: ma esse non hanno sempre una lunga durata. La disossinoline fa scomparire abbastanza presto le tracce dei loro ricordi e intanto si cerca di rianimarle quando si approssima la vecchiaia.

La deficienza intellettuale persiste causa l'impossibilità di disciplinare l'attenzione. Gli imbecilli non riescono a inhibire l'attenzione passiva che gli incidenti esterni provocano in modo incessante a danno del pensiero interiore. Per quanto si interessino al libro, al disegno, all'oggetto che

hanno sull'occhi, non possono astenersi dal dare ascolto alle minime novità che sopraggiungono dal di fuori. Dalla mancanza « protetta » dalla volubilità dell'attenzione volontaria deriva l'instabilità all'osservazione costante. Le nozioni degli imbecilli sono quasi tutte importate; il loro cervello è un magazzino, non è un'officina; ma un magazzino semi vuoto e disordinato di nozioni incomplete, smentite, mal comprese.

Le idee generali che potrebbero servire come una norma direttiva dell'intelligenza sono anch'esse allo stato di semplici imperfezioni veritiere. L'imbecille non può utilizzarle né per crearsi nozioni nuove, né per integrare i frammenti che già possiede. Se l'osservazione diretta della realtà è debole e corta di fiato, l'associazione delle immagini simboliche è ancor più debole e impotente: gli imbecilli non pensano. Ogni avvenimento è per essi un caso nuovo perché non sanno scorgere le analogie coi casi precedenti o credono di scorgervela e sbagliano di sana pianta. Concludendo a caso, le soluzioni errate, che sono indefinite, hanno maggior probabilità d'essere proposte in confronto alla soluzione giusta che è unica, e gli imbecilli sogliono appunto ricorrere al procedimento spicciativo della prima soluzione che si affaccia loro alla mente. Persino di fronte a problemi aritmetici scrivono con rapidità un risultato qualunque, non ne avvertono l'assurdità e restano pienamente soddisfatti. È difficile che si dichiarino senza opinioni anche in argomenti i più ardui, e non temono di pronunciarsi né in filosofia, né in politica, né in teologia. Le poche proposizioni che riconoscono in queste branche di studio danno loro il coraggio di parlare e di prender partito, e tra gli imbecilli se trovano qualche volta settari accaniti.

Se l'intelligenza è estremamente debole, essa rimane imprevedibile sotto tutti i punti di vista; e questi infimi imbecilli, per insufficienza di facoltà inventiva, non sono nemmeno capaci di delirare. Ma se la potenzialità intellettuale è poco discosta dalla media dei normali, come pure avviene e non di rado, ciò predispone questi imbecilli superiori ai *deliri sistematizzati* e più specialmente alla *paranoia cosmanteista*. Gli imbecilli sono i confratelli dei paranoici e diventano i loro tributari in quanto si mettono a professarne ricamante il delirio per poco che ne capiti l'occasione. Dove il paranoico fa propaganda d'idee mistiche e regna da sovrano o da gran sacerdote, sono gli imbecilli che formano la corte e la maggioranza dei sudditi (Jacovi). Il contagio è favorito dall'affinità di tendenze fra paranoici e imbecilli: ogni paranoico è leggermente imbecille e ogni imbecille è per lo meno candidato alla *paranoia evanescente*, se vive in un ambiente isolato e fanatico, per es. in una provincia orientale della Russia. Ma a differenza dei paranoici gli imbecilli sono facili alle apostasie; essi rimangono una fede che avevano adottato per pura imitazione e ritne-

gano i loro capi appena ne sono separati. Nelle epidemie di delirio religioso e politico è tra gli imbecilli che si trovano più facilmente le spie e i traditori. La mancanza di critica, la volubilità di carattere, la viltà che li spinge a farsi apostoli e servi del paranoico senza intenderne le teorie li trascinano ad arrendersi davanti ad ammonizioni, a lusinghe e a minacce in senso contrario. La loro intelligenza è del pari insufficiente a un delirio originale e alla resistenza spontanea; ma è accessibile alle suggestioni positive e negative degli altri e non avverte quanto vi è d'indeciso nel repentino albandeno d'un principio.

La causa immediata di questa povertà intellettuale è la mancanza d'immaginazione. Se si invita qualcuno di questi deficienti a compiere un disegno, a inventare un racconto, a ideare un avvenimento verosimile, il prodotto della loro fantasia è sempre misero, incompleto, puerile, insensato. Sforzando la memoria riescono a combinare qualche cosa di più coerente che tormentando l'intelligenza (fig. 139). La stravaganza dei loro saggi artistici e letterari non deve scambiarsi per una prova di fantasia. Agli esami d'una scuola elementare fu dato per tema: « Mario si mostrò sorridente ed ilare dinanzi alla madre, ma nel segreto della sua stanzetta pianse amaramente ». Uno scolaro se la cavò alla festa, narrando che Mario era andato a trovare i suoi cari cugini per giocare nel prato in compagnia; che, bisticciatosi con loro, ne aveva ucciso uno; che si presentò alla madre e fu sorridente ed ilare; ma poi si ritirò nel segreto, ecc., come nel testo. Ignoro se l'autore del tragico racconto fosse imbecille; ma è certo che così pensano gli imbecilli quando devono uscire dalla falsanga delle cose insegnate, attingendo a una fantasia che non hanno. In realtà essi non creano, ma applicano infeliceamente una reminiscenza qualunque. Per convincersene, basterebbe unire insieme dieci imbecilli e dieci ragazzi intelligenti e osservare come svolgono un tema assegnato, ma di fantasia: si vedrebbe che dei dieci imbecilli alcuni non vengono a capo di nulla, altri si mettono subito all'opera, scrivono poche righe senza esitazioni, né cancellature, e consegnano al maestro nel termine di pochi minuti il loro abito fottoloso. I primi non hanno idee; i secondi non ne fanno che una e non aspettano nemmeno che se ne possano trovare altre e migliori.

La fantasia è la più cadumata delle qualità intellettuali. I polanti la considerano come un requisito inferiore d'artisti e di poeti da strapazzo; i vecchi ne attribuiscono una gran ricchezza ai ragazzi e gli Arcadi ai primitivi; gli scienziati impotenti raccomandano a tutti di non abusarne. Costoro credono che l'eccesso della fantasia produca le aberrazioni mostruose dell'arte, dei sogni e della pazzia. Invece le stranezze artistiche, enfiolate o paranoiche sono sempre dovute alla povertà d'immagina-

zione. Chi immagina una scena, una storia, un personaggio in tutti i suoi particolari e sa trasferire alla finzione della mente molteplicità d'aspetti, naturalezza di movimento, fatalità di epilogo in modo da emulare la verità che è sempre complessa, coerente e logica, mostra di possedere una vena ben più abbondante di fantasia che non gli artisti, i sognatori e i pazzi destini a ingrandire grottescamente un lato solo della realtà.

Se gli imbecilli superiori mancano di fantasia nelle manifestazioni artistiche e scientifiche (un' scienza sotto sempre nemici delle ipocosi), gli imbecilli inferiori ne sono privi anche nella visione della vita ordinaria. Questa lacuna è provata dalla loro indifferenza agli affari pubblici e dalla spensieratezza con cui affrontano l'avvenire anche in rapporto ai propri interessi personali. Perché l'affrontano? Perché sono incapaci di rappresentarselo. La morte inevitabile dei genitori che provvedono al loro sostentamento, l'insuccesso in ogni carriera, l'indigenza, l'impossibilità di crearsi una famiglia, lo spettro della vecchiaia in un asilo di beneficenza sono evenienze che non preoccupano affatto l'imbecille soprattutto perché non le pensa. Il suo orizzonte è diviso tra ieri e domani. Basta interrogare un imbecille, anche il più lucido, sui suoi progetti, sulle sue previsioni, sulle sue speranze per accorgersi che non ne ha alcuna. Se pure ha un programma, è uno solo, sia poco realizzabile, mal determinato e d'una estrema semplicità, quello di divertirsi, di far debba, di continuare nel tenore di vita che, metà per obbedienza e metà per elezione, aveva seguito fino a quel giorno.

Questa cecità del futuro fa dell'imbecille, quando sia nato fra gli agi e e viva tra gente che si diverte, un incapace distruttore di patrimoni. Ma non sempre: vi sono imbecilli parsimoniosi, misantropi, devoti che accumulano risparmi e legano sostanze colossali a beneficio di chi si circonda. Anche qui la povertà della fantasia preclude al pensiero ogni programma all'infuori di quello annunziato dalle circostanze e non sa suggerire nulla che s'allontani dall'uniformità dell'ambiente quotidiano. Uno di questi imbecilli giulivoli mi chiamò perché volessi istituire per testamento un ospedale nel suo castello, ma senza dotarlo d'alcuna rendita fissa, né indicare come doveva essere amministrato; un legato di 1000 lire doveva poi bastare per le spese d'un concenso internazionale tra scultori e per conferire il premio, auspicare il sindaco di Roma, a chi avesse più felicemente copiato in marmo la testa del Cristo dipinta da Leonardo e tutt'altro che adatta a servire di modello a scultori perché mal conservata, destinandola a corrodere il marmello del testatore. Ricusai di redigere l'attestato d'integrità mentale che mi veniva chiesto come parafillore, quantunque sapessi che il cliente da preservare viveva solo e

paramente senza che vi fosse mai stato la necessità d'interdirlo, né di inabilitarlo. Ma è probabile che il suo testamento, raffazzonato un po' meglio, abbia potuto meritarsi la collaborazione ufficiale d'un notaio e il preventivo sulla testa di qualche altro medico.

Infatti la legge rispetta, in materia civile, la libertà di tutti, anche degli imbecilli, purché non siano deliranti, né criminali, né pazzamente prodighi. L'imbecille è padrone di spendere i suoi averi come più gli piace, basta che non intacchi di proposito il capitale; e può esercitare l'autorità di marito e di padre nel modo più sereno possibile, basta che non offenda le norme molto larghe del codice penale. Il legislatore non proibisce il matrimonio all'imbecille che potrà con l'oscuola della ricchezza sposare una giovane timida e intelligente, tiranneggiarla, spegnere le sue iniziative, rinchiusere i figlioli in istituti d'educazione secolari, impedire alle figliecole per moniti futili ed egoistici d'accasarsi o d'istruirsi. Finché nel bilancio domestico il dare è al di sopra dell'avere, cosa assai facile ai ricchi frugali ed avari, la capacità civile dell'imbecille è insuperabile.

Un grado minimo di deficienza intellettuale può condurre a quella invalidità relativa che TOWNES chiama efficacemente col nome d'*imbecillità sociale*. L'imbecille sociale, che nella vita del proletariato campagnuolo o nell'ambiente della borghesia agiata potrebbe passare per normale, si trova impari alle lotte, alle fatiche, alle difficoltà della concorrenza, non sa conquistarsi l'impiego per quanto arduo che gli occorre per nutrirsi o non è in grado di conservarselo; e così diventa un parassita rassegnato della famiglia o della beneficenza pubblica.

Movimenti. — Nessun movimento è materialmente impedito nell'imbecille, le cui vie nervose sono integre e libere in tutta la loro estensione; ma l'accesso è privo di disinvoltura, talvolta un po' lento e ansimato (MORILLAS e TAMBUZINI). È ben difficile che uno di questi deficienti, anche se dotato di grande robustezza e resistenza muscolare, sia abile nella corsa, nel nuoto, nel ballo, nella scherma, nella ginnastica, nei mestieri manuali e nel canto. Dal modo con cui camminava, impugnava il bastone, si leva il cappello, corre, si ferma, contempla estatico una vetrina, sfoggia un lileo col naso all'aria, si rivolta a un passante che l'ha urtato, domanda l'indicazione d'una strada, sempre fra timido e spavaldo, non è difficile indovinare a colpo l'imbecille; e lo sanno i tagliaborse, i suoi etti, come quelli dei bambini, portano il marchio d'un perpetuo noviziato, non sono ancora emancipati dalla tutela (più imbarazzante che agevolante) della coscienza, e non acquistano mai la sicurezza, la speditezza, la sinergia che accompagnano l'abitudine. Nei movimenti coordinati

I complessi dell'imbecille si vedono le esitazioni, le imperfezioni, le incertezze che rendono così imparcianti, ma per pochi giorni e sotto l'azione d'una ragionevole modestia, i coscritti di compagnia.

Pronuncia, intonazione della voce, linguaggio e scrittura. — Come nel cammino, la natura difettiva di quest'anomalia mentale si rivela molto di spesso nella pronuncia. Per insufficienza non tanto d'educazione quanto di elasticità muscolare e nervosa, l'articolazione di certi suoni riesce incompleta e viziosa alla maniera infantile. I suoni più compromessi sono le lettere *r*, *s*, *f*, *z* (v. a pag. 228). Non è infrequente la balbezze. L'infanzia è l'età dei *br* e la balbezze, che è un tic verbale, invece di correggersi col sopravvenire dell'adolescenza, può cristallizzarsi nell'imbecille adulto per un arresto parziale dell'intervazione psico-acustica. Questi difetti di pronuncia che sono comuni anche ai cerebrogenici si possono correggere coll'applicazione di metodi pedagogici; ma la correzione è più facile negli idioti cerebropatetici anche di grado profondo che negli imbecilli per solito disassenti, indisciplinati e dimenticoni (Scazzini).

L'intonazione della voce è spesso puerile o scolastica. Per accertarsene, il più delle volte basterà interrogare l'imbecille in tema di morale, di religione o di storia; ma se non bastasse, bisogna smentirlo nella lettura dell'età voce. Le frasi sono lette a scatti, con grande precipitazione e «on brevi pause respiratorie che non corrispondono al senso; l'intelligenza è assorbita nella materialità della lettura e affatto incapace di riassumere a libro chiuso nemmeno una minima parte di ciò che ha letto. Anche il canto degli imbecilli ha il carattere della puerilità: può darsi che sia intonato e perfettamente a tempo, ma assume spesso una forma sevo-parlata, come d'una melopea o d'un recitativo, e non raggiunge quella piena sonorità musicale che è propria dei cantori adulti, consapevoli e commossi. In altre parole, gli imbecilli sono un grado al di sotto del canto espressivo, nella fase intermedia tra il canto e la declamazione musicale: la loro intonazione è corretta, ma timida, un po' goffa e priva d'infasi.

Il linguaggio è più o meno semplice, talvolta incompleto per esteso e gravi lacune. Mancano o vengono evitate le espressioni astratte, le parole erudite o raffinate, le metafore originali: e ciò servirà a distinguere l'imbecille dal demenza, dal vesuvio, dal maniaco, dal paranoico, che arrivano talvolta fino alla prosaicità. Se anche delira in sistema, l'imbecille non usa mai neologismi propri; e quando professa un delirio collettivo, si vergogna di usare i neologismi endemici della collettività delirante. Dal punto di vista formale, si ha talvolta l'assoluto aggravi-

volano, ma più sovente una certa rilassatezza di sintassi che corrisponde alla semplicità e all'imprecisione del pensiero. L'imbecille ha poca familiarità col modo roggiano e da buon posticcio, che non ama le ipotesi, né i pensieri obliqui, parla sempre all'indicativo. Le sue proposizioni si susseguono col regime dell'uguaglianza, senza penetrare una nell'altra, si vede riuscite per mezzo d'una modesta e monotona congiunzione o d'un avverbio (*e allora* - - -), quasi mai subordinate. Lo stile è poco immaginoso e prevalentemente narrativo; gli imbecilli sono più epici che lirici. Ma i loro racconti sono brevi, semplici, piani, senza presentare con questo gran dovizia d'ordine, né di chiarezza. Capaci di riferire bene o male i fatti di cui sono stati testimoni, sono del tutto inetti ad esprimere sentimenti anche per l'ottima ragione che non ne hanno. Le grandi sventure di famiglia, un fallo commesso, un perdono generoso, una gioia imperata traversano la loro anima senza suggerirle né un'espressione tenera, né una frase felice: il temperamento degli imbecilli è la negazione della poesia e sarebbe la negazione della favella se all'elocuzione verbale non fosse bastante l'intervento della memoria.

Anche la scrittura conserva il tipo puerile per quanto l'imbecille possa aver raggiunto un discreto livello d'istruzione. Di solito è macrografica, irregolare, semplice e ricorda il quaderno di scuola. Ma uno sforzo pedagogico può cambiarla e perfezionarla fino ai più alti vertici della calligrafia. Sarebbe temeraria la diagnosi d'imbecillità sul solo indizio della scrittura.

VARIETÀ CLINICHE.

L'imbecillità rappresenta una stazione terminale della degenerazione. Perciò, oltre alle manifestazioni sue proprie, essa racchiude poi o meno svaporati nella vacuità dell'intelligenza i segni caratteristici di altre psicopatie, soprattutto di altri stati degenerativi che hanno un'esistenza autonoma e che richiederebbero, per assumere una certa apparenza, uno sviluppo intellettuale meno meschino. Gli imbecilli hanno una vera predisposizione alla melanconia, alla mania, alla demenza precoce; diventano facilmente alcolisti; e sono spesso immorali per costituzione o paranoici.

Gli attacchi di melanconia e di mania lasciano scoprire, anche ignorando l'anamnesi, il fondo costituzionale d'imbecillità e si contraddistinguono per la loro brevità. Talvolta, come abbiamo detto, si svolgono in pochi giorni, in una settimana; e salvo questa particolarità, tendono a ripetersi come nelle personalità complesse. Spesso la melanconia decorre e guarisce senza che l'imbecille si accorga della malattia sofferta, nemmeno quando ha recuperato la poca lucidità di cui dispone. Ciò avviene a

maggior ragione per la mania che è mal ricordata e a stento riconosceva dopo la guarigione anche dagli individui d'intelligenza retenta.

Non è dimostrato in che modo l'imbecillità predisponga alla melanconia e alla mania. Se da un lato questa predisposizione è innegabile per la frequenza con cui gli accessi di psicopatia affettiva si verificano negli imbecilli (e non nei cerebropatici), dall'altro lato la brevità degli accessi negli imbecilli di nascita e la loro assenza negli idioti cerebropatici, che sembrano addirittura refrattari, induce a credere che un certo grado di deficienza mentale costituisca un preservativo. Forse la povertà d'idee toglie materia prima all'alterazione affettiva, che si esaurisce quando non sia alimentata da elementi rappresentativi. Si capisce a priori che vi debba essere incompatibilità tra uno stato affettivo, qualunque sia, e il totale anidismo, ed è ovvio che melanconia e mania non siano nemmeno possibili nei lattanti, eccezionali nei bambini, facili e di volo lieve nei deficienti, per quanto predisposti. Infatti non dobbiamo dimenticare che la causa probabile delle psicopatie affettive è da cercarsi non tanto in una predisposizione strettamente psichica quanto in una lesione organica che non ha rapporti con la struttura dell'intelligenza. Questa circostanza ci permette di ritenere che gli imbecilli passano al pari e più degli individui intelligenti cadere in mania o in melanconia; ma che nello stesso tempo abbiano in sé una maggior tendenza (questa di natura psichica) alla sollecita guarigione.

Molto più intime sono le associazioni che l'imbecillità contras stabilmente da una parte con l'immoralità costituzionale, dall'altra con la paranoia. Abbiamo detto che i germi di queste anomalie difficilmente si distinguono dalla imbecillità di lieve grado, anzi talvolta la loro consistenza è così fondamentale, che si può senz'altro parlare d'una anomalia doppia e simultanea. Si conoscono anche casi d'anomalia triplice: immoralità, paranoia, imbecillità riunite nella stessa persona. Naturalmente in casi simili è l'imbecillità che prevale perché influisce sulle altre anomalie ed ha caratteri di maggiore evidenza soprattutto agli occhi di chi non conosce medicina. Queste complicazioni non si verificano mai nei cerebropatici, che si dimostrano docili, modesti, retti nei loro giudizi quando godono d'una discreta intelligenza; e più amorali che immorali, più deficienti che deliranti quando sono del tutto idioti.

Imbecillità semplice di lieve grado, irrequietezza, prodigalità. — Federico (lo chiameremo così) è un giovane allegro, stordito, di ricca famiglia patrizia che ebbe persino il suo storiografo. Figura sile, da adolescente, ma salute d'acciaio; lineamenti regolari; espressione vivace, ilare, insinuante, ma finta; nessun segno di degenerazione somatica; ai suoi tempi fu un bambino biondo, gentile e ammirato. Nell'adolescenza di Federico si contano esempi leggendari d'eccentricità, di disobbedienza, d'irrequietezza,

di patria, specialmente a carico del ramo materno. Non ne va immune il ramo paterno, meno conosciuto. La nonna paterna, scozzese, di nobilissimo lignaggio, era eccentrica; un figlio di lei, zio di Federico, fu ospite di tre suiconi e inter succida; un altro figlio fu il padre di Federico, morto giovane e dolito ad uso *speset smoderato*. La madre di Federico è mortifata e schizocollò fino alla cleftomania; fu anche interdetta. Il padre di lei fu un gentiluomo amatore che divorziò in pochi anni un patrimonio di 7 milioni e morì sulla paglia, separato dalla moglie, lasciando intatti gli averi. Quest'ultima è l'ava materna di Federico e discende da una stirpe valida e fiera che dominò a schizzi per due secoli una bella e siccica città della Toscana contesa dalle fazioni.

In questa stirpe serpeggiarono le anomalie mentali, ma sotto forme piuttosto miti e senza grande continuità: i colpi sono ben pochi in paragone dei risparmiati, come sempre avviene, chissà se dicano i Geremia della degenerazione. Un remotissimo antenato di Federico, nel seicento, si gettò in un pozzo e vi morì dopo aver vissuto in odore d'eresia, benché fosse ecclesiastico; era accademico della Crusca e sorvegliato da un frate perché affetto da *frenezia* (melancolia?). Un altro antenato meno remoto ne fece di tutti i colori, era prepotente, belletico, strano; viveva al bando nella sua torre per esserotto del Granduca; e un giorno per non contravvenire al bando si fece condurre a Palazzo Pitti, residenza del sovrano, sopra un carro coperto di terra tolta dai suoi poderi, donde ridomò d'improperi il Granduca; fu ritenuto pazzo e incatenato per qualche mese nel Mastio di Volterra, la Bastiglia della Toscana; ma tornò a casa e morì, dice lo storiografo della famiglia, in viso agli altri ed ai «uoi. La moglie di costui era spagnuola, di famiglia principesco e morì pazzo: il fratello di lei era imbecille e si spese in Francia dove l'avevano costretto a spensare per forza un'avventuriera: il suo testamento fu annullato per vizio mentale dopo una causa che durò più di trent'anni. Da questa coppia italo-spagnuola di peccati nacquero due figli di mente sana, che morirono apoplettici verso i sessant'anni, una figlia che divenne pazza, e in terza generazione il bisavolo di Federico, normale, magnifico, morto a 80 anni. La nonna, sua figlia, già ricordata, ebbe un fratello, prono di Federico, che vive in America: tardivo, leggero, privo d'istruzione, d'ingegno e di volontà, ormai in piena demenza, abbandonò a Firenze la moglie e, lei vivente, riesci a sposarne un'altra, americana, in legittime nozze avendo potuto proclamarsi vedovo d'una terza con cui aveva vissuto marginalmente nel frattempo. Un fratello di Federico, più giovane e più intelligente, si è messo sulla strada della profligalità in modo da impensierire.

Orfano di padre ad 8 anni, in possesso d'una grossa fortuna, Federico fu educato con ogni diligenza; ma la sua mente era refrattaria allo studio, soggetta a tutte le distrazioni, orientata in modo esclusivo verso i gallinacci più volgari. Non ricorda una parola d'inglese, lingua che si parlava nella casa paterna e che aveva resonato alle sue orecchie fino agli 8 anni. Non sa il francese. È incapace di scrivere una lettera in italiano, salvo che per chiedere quattrini e per inviare felicitazioni banali. Ma da vari anni non si serve che del telegrafo e del telefono.

In un'occasione solenne, volendo ottenere il perdono d'una grave strapazzata, fece recapitare alla nonna una lettera dettata da un amico, e che fu subito riconosciuta per apocrifa allo stile inelegantemente corrotto: l'ingenuo errore di tattica fu ripetuto altre volte. In suo non s'era che la scrittura: macrografica, asimmetrica, guerile. Federico non ha che una sola abilità, quella di montare a cavallo; ma è più temerario che destro. Un

giorno volle saltare a cavallo una cancellata, fu balzato di sella e il cavallo s'infilò. Un'altra volta s'addormentò col lume acceso e andò a rischio di bruciare, con le lenzuola che si incendiarono.

La temerità di Federico non è che l'espressione della sua spensieratezza: non deriva da coraggio, non da generosità, né da desiderio di lode. Una volta salvò la vita non senza pericolo ad una donna matura che stava per affogare sulle spiagge del mare e di cui si era invaghito, ma assai superficialmente: infatti se ne disciò poco dopo. La stessa spensieratezza si manifesta anche in un altro modo, cioè con la prodigalità. In un anno Federico disperso 90.000 lire senz'aver giocato, senz'aver acquistato stabili, divertendosi, ma quasi di nascosto e solitamente in una piccola città di provincia, dove era soldato. Fu a scontro che, con così poca istruzione, poté essere ammesso come volontario d'un anno in un reggimento di cavalleria. A furia di raccomandazioni riesci persino a diventare ufficiale di complemento; ma per la sua condotta priva di serietà fu invitato a dimettersi. Si spese ai funerali del Re Umberto e per dieci giorni non si ebbe sue notizie. Ben munito di denaro, ragò qua e là, non si seppe mai dove; e si temeva che fosse perito nello scentro ferroviario di Castel Giallo.

Federico non possiede alcuna idea generale; non ha immaginazione; non si domanda affatto di che colore sarà l'avvenire che lo attende. In vano ha frequentato scuole e istituti, da cui veniva scacciato più per inettitudine che per indisciplina; invano è stato in pensione presso insegnanti di valore; invano è stato assistito in casa da precettori e maestri; invano ha vissuto nella società. La sua intelligenza non assimila che le nozioni pratiche e più indispensabili per condurre senz'alcun criterio la vita del gaudente, ma non per procurarsene i mezzi. Nell'acquisto di cavalli, automobili, vestiti, oggetti di lusso Federico è inesperto, ingenuo, impudente ed imprudente. Non ha nessuna cura della sua persona: quando era soldato e più tardi, da ufficiale, era trasandato, la sciabola ammaccata, l'uniforme in disordine. Quando viaggiava perdeva i biglietti, dimenticava la biancheria negli alberghi, arrivava a casa senza danaro. Ogni tanto faceva vita in comune con ragazze fertili, ma senza abbandonare lo sport. Ne sposò una all'improvviso, non domandò consiglio a nessuno e non partecipò il fatto compiuto. Il matrimonio avvenne dopo una brusca separazione che non gli aveva costato nemmeno una lagrima: e fu la più impensata, ma non l'ultima delle sue avventure.

Nelle avventure galante Federico non ha mai speso munificenze: si è sempre comprato l'amore col portamonete alla mano. E se l'ha pagato caro, non è perché lo valutasse molto, ma perché a lui non importava di spendere: di solito ha dato ciò che gli chiedevano. In una traversata dell'Atlantico si appropriò alcune centinaia di lire, togliendole di tasca al precettore che l'accompagnava; e pare che ne avesse fatto dono a due passeggeri, una di prima e una di seconda classe, che corteggiava simultaneamente e che non rivide più allo sbarco. Aveva allora vent'anni: un'altra volta, diciassette, aveva preso in casa alcune reliquie di famiglia, cambiandole con altri oggetti preziosi. La sua infelicità si manifesta continuamente sotto una forma più mite, cioè con la bugia, che è per lui un metodo di vita ordinario.

Questo giovane così vago d'idea, così povero d'amor proprio, così debole di freni morali, non è malvagio: è dolce coi parenti, servizievolo, cortese, non soffre d'invidia, non maltratta i domestici, non disdegna i consigli. Non si è mai ubriacato e non è giocatore. Ma la sua affettività non gli impedisce di disubbidire ai consigli più amorevoli, di disertare la

famiglia, di amareggiarla coi suoi disordini. È docile al rimprovero; ma come un animale mansueto e intelligente, diventa la lezione appena s'è allontanato il domatore. Attualmente vive sotto la signoria della moglie che non ama; l'ha fuggita due volte; e tuttavia non ha più visto un parente, il denaro che gli resta gli viene somministrato a poco a poco per mezzo d'un amministratore stipendiato. Federico vegeta nell'ombra dopo aver vegetato, non vissuto, inagendo il bagliore del danaro profuso, gli altri 26 anni della sua esistenza oscura, insignificante e inutile.

Imbecillità semplice. — C. A., di 27 anni, barchino, d'aspetto sano, con lineamenti regolari, è vivace, allegro, chiacchierone, tardo a capire, ma pronto a rispondere. Imparò a leggere le lettere maiuscole, contare la somma, non esercitò mai nessun mestiere. Confidino, si crede ricco e sdegna la bassa plebe. Non ha alcuna tendenza sessuale e non è onniscio, benché i suoi organi genitali siano normali. Si crede amato da tutte le donne (che lo cantano), ma si vanta di respingerle con modi tutt'altra che galanti. Spesso picchiò ragazzi e donne che lo deridevano con facce sere. Si astiene dal praticare le chiese perché ritiene che i preti, presso cui si confessava, non lo prendessero sul serio; ma ciò non diminuisce l'alto concetto che ha di sé stesso. Anche senza motivi è talvolta agitato, collerico, minoso; ordinariamente è docile e innocuo; ma in ogni modo è sempre esuberante, festo, energico e spensierato. Non si cura dei suoi parenti, ma li accoglie con festa se gli portano qualche regalo.

Imbecillità con talento parziale ed episodi di melanconia. — P. P., di 17 anni, figlio d'un valente architetto, ha un fratello squilibrato, versatolo, dissipatore, in stato di permanente ipomania. L'arresto dello sviluppo mentale fu in lui notato fin dalla prima infanzia; ma il suo aspetto fisico fu sempre florido e altante. Imparò con grande fatica a leggere e a scrivere; eppure, ponendogli una data qualunque anche di parecchi anni addietro, sa dire all'improvviso in qual giorno cade della settimana. La sua pronuncia è infantile.

Il malato, che per solito è mite e senza pensieri, soffre di lunghi crisi depressive, durante le quali manifesta idee folli, per esempio d'aver la bocca guasta, rotta, inarata, e giunge sino alla suicidia. Presenta anche fenomeni d'eccitamento a periodi poco prolungati ricapitolati ed agitazione.

Imbecillità intellettuale e morale con accessi di mania e di violenza. — S. M., di 26 anni, ha cranio e faccia asimmetrici, l'orecchio sinistra è posteriore alla destra di un buon centimetro; del resto è sano e robusto; fece il servizio militare ed ha moglie (senza figli); nondimeno è imbecille. Sua madre è affetta da demenza cronica e fu ammessa tre volte al manicomio; la madre della madre fu povera condannata; il padre era un uomo avaro e brutale.

Il malato fu tre volte al manicomio per accessi furiosi e assordanti di mania; l'ultimo di tali accessi lo trascinò a una resa terribile col proprio padre che rimase ucciso da un colpo di scure. S. M. errò alcune ore per la campagna, messo in carcere, fu rumoroso, logorroico, disordinato per vari giorni, e non mostrò alcuna depressione o pentimento.

L'intelligenza di quest'uomo, che in paesi passava per normale, è così scassa, che non sa fare una somma, non capisce la propria inferiorità, e allegrato l'accesso maniaco, invece di scemare il suo reato col momen-

taneo disordine della mente, accusa il proprio padre di severità e si compiace d'averlo punito.

L'inferno è vano e interpreta come uno scherzo la taccia che gli vien fatta d'imbecillità.

Nel periodo attuale di degenera al manicomio, vi fu un quarto accesso maniacale che si produsse senza causa nota e durò non più di tre giorni. Il malato era congesto nel viso, loquace, bestemmiatore, insensibile, intollerante e minacciava gli infermieri di morte. Ad accesso finito, ritorna in calma: scomparso il manico, resta l'imboscile con la sua insipienza, la sua stupidità e la sua vanità.



Fig. 126. — Calisto Tanzi, insieme di 4. Scintille per suoi propri affetti (imbecillità, paranoia patologica, isterismo morale, iperestesia congenita).

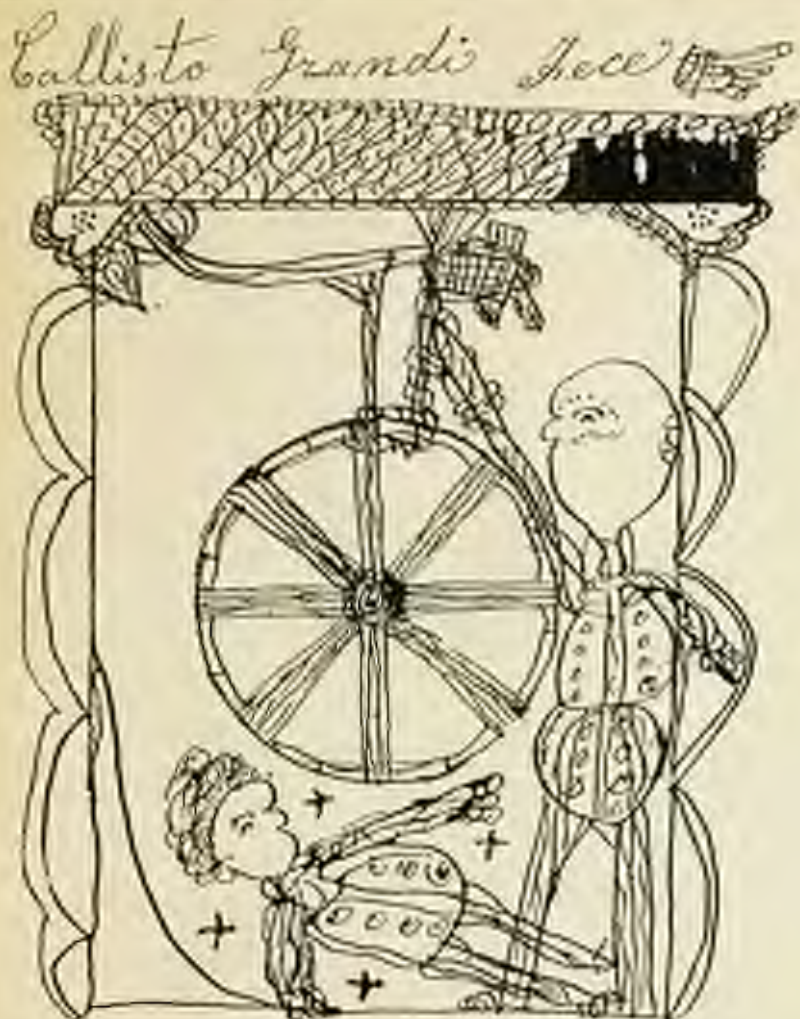
Imbecillità intellettuale e morale con costituzione paranoica. — Calisto Grandi di Intra ha 45 anni, è piccolo, ma robusto, e presenta diverso anormalità: ipoflessione del piede destro e atropia congenita e totale del capo, per cui non ha né capelli, né barba, né sopracciglia (fig. 126). Il suo aspetto farebbe sospettare una ferma frusta di micidemia congenita, ma il polso è normale, anzi frequente e arriva spesso a 80 battute. Calisto è un caso di paranoia per usare l'appropriata espressione di Ricca. Fatto simbolo dei ragazzi e degli sbandati, si ventilo uccidendo successivamente quattro bambini. Li attirava con esca in un sotterraneo, dove li schiacciava sotto una ruota da carro e li seppelliva, portando poi i loro vestiti vicino al fiume per far credere che vi fossero annegati. Sull'21 ante di lavar for-

zati. È abilestano schifoso, ma analgesico.

È un discreto operaio, ma incapace di discernere il male dal bene. Crede di possedere un grande ingegno, non sente alcun rimorso dei propri delitti, li considera come atti d'eroismo, e se ne compiace scrivendo in modo puerile. È sensazionale, inteso, ipocrita, religiosissimo; non ha alcun istinto sessuale e sente molto il pudore; ha fatto molti scherzi che crede capofine, raffiguranti l'ergastolo, i suoi omicidi e la sua glorificazione (fig. 126) ha scritto in sue memorie « si crede celebre, ammirato da tutti e degno di essere venerato come santo.

Nel 1890, scontati i vent'anni d'ergastolo all'isola della Capraia, Calisto Grandi fu trasferito al Manicomio di Firenze: nel suo paese si minacciava una sommossa se Calisto fosse ritornato. Qui è speroso, docile, inteso, tanto più perché nessuno pensa a mancarli di rispetto. Nel primo anno del suo soggiorno al Manicomio di San Salvi ammalò di polmonite con qualche allucinazione (?), ma con discreta lucidità di mente. Credendosi prossimo a morire, scrisse solennemente il suo testamento morale: eccolo coi suoi ornati di ortografia e di grammatica:

« Mio cittadino siete buoni e religiosi e ubbidienti e rispetto alla Chiesa e romana e tutti i fedeli cristiani e viva tutti i fedeli Cristiani che credono



Le Tombe dei
Bambini degli
Inesisti

Fig. 129. — Disegno auto-apologuesco di Callisto Grandi, imbecille, paranoico, amoral, incapace di qualsiasi bambino. La scena rappresenta l'atto dell'incisione per mezzo d'una ruota sospesa ad una fune. Quattro croci simboleggiano i quattro nomi, Callisto si è raffigurato felicemente senza capelli. In alto una scritta: Callisto Grandi fuo con una mano indicatore. In basso il titolo del quadro, che dimostra l'assenza di qualsiasi sentimento o vergogna. Inesista (Val d'Aosta) è il nome del paese che fu teatro della strage.

« (professò) il paradiso ne' Cieli. Il Grandi Callisto è risorto da Tomlin e a
 « visto molte stelle varie e Turchino (arabico) e gialle (gialle) e di colore
 « di fuoco. Callisto Grandi fece un miracolo nella sua Camera dove era
 « il suo confessore a piedi di Callisto Grandi. Evviva e lodi al Signore.
 « Evviva la Chiesa romana. Si era prostrato (appressato) dinanzi Ale-
 « sandro suo Confessore il Grandi Callisto era più morto (morto) che vivo
 « e i buoni miei superiori (i suoi) mi hanno salvato dalla Tomlin. E i
 « buon Dio rega in cielo che perdona tutti delazioni (in terra le azioni?)
 « i più piccoli beati ne Cielo. Callisto Grandi soffre molti mali e so-
 « porta con pazienza. E co' rassegnazione i beati che soffrono i mali
 « che saranno chiamati uomini di Dio. Cittadini Foccolini (forensi)
 « ascoltate le mie parole. Callisto Grandi poneva ne' Manicomio di Sal-
 « sari (San Salvi) Firenze. Mirale di Firenze (le prigioni) li 2 seman-
 « tee 1875 Callisto Grandi si trovò l' mezzo a tutti condannati nelle Ma-
 « rate 1875. Volterra Capraia Isola il due (prigioni) imparò la (arte) di
 « Fallo e meccanico il suo Maestro si chiamava Emilio Fallai e due
 « suoi maestri Milanesi meccanici di Callisto Grandi Foccolini. Li
 « 10 maggio 1886 ».

Da questo scritto si può arguire una tendenza spiccata al delirio reli-
 gioso. A Callisto Grandi non manca punto l'infatuazione, l'atteggiamento
 profetico, una certa intonazione folle, un altissimo concetto di sé e
 qualche veleno di mistificazione: le allucinazioni visive, la restituzione
 dalla tomba e il miracolo che pretende d'aver fatto fanno in loro spiegan-
 zione nel suo carattere vanitoso. Ma la povertà della fantasia, gli impe-
 dendo di trarne maggior partito, di indicare i particolari, di cercare le
 prove, di regolare la sua condotta a tenore della sostanza di cui ha fatto
 pompa in molte altre occasioni e tacitamente anche in questa. Eppure
 l'apologia della propria persona è l'idea predominante per non dire
 l'unica che si possa affermare nel misero apoloquo che ci sta dinanzi:
 singolare documento di penitenza non ingiugiata che dall'impotenza he-
 terica e intellettuale. E da notare che Callisto incanocchia tutte le righe
 del suo scritto con lettere maiuscole, illudendosi d'aver fatto dei versi. Il
 ritmo della prosa affetta in particolar modo gli imbecilli, ma essi non
 riescono a riprodurlo con parole proprie; e la prosa spontanea di Callisto
 rimane prosa brutta, malgrado l'oscenismo quasi completo del senso.

La deficienza mentale per arresto spontaneo dello sviluppo è l'estremo
 esponente della degenerazione: i rudimenti d'immortalità contrizionale e
 di paranoia che si vedano attaccati non fanno che confermare la sua na-
 tura degenerativa. Ma non si vada più in là, e non si attribuisca alla
 decadenza della famiglia la serie interminabile di lesioni che apparte-
 gono alla neuropatologia, che fanno la loro edia in un processo ana-
 tomo-patologico e che formano la caratteristica delle cerebropatie infan-
 tili con o senza idiozia.

L'atruone degli imbecilli può raggiungere un grado discreto; ma la
 loro educazione non dà che risultati meschini. L'idiotizzazione è un pro-
 vimento che non si dorme mai, omettero in questi casi: è infe-
 rente che un imbecille possa disporre d'un patrimonio.

CAPITOLO XXVI.

I Manicomî

Cento anni fa il manicomio, benché fosse un'istituzione nuova e ispirata a un certo progresso, non aveva funzioni superiori a quelle d'un gratioso stordimento. La società vi abbandonava senza rincorre, ma anche senza amarezza e senza sdegno, tutti quei disgraziati che con le loro stranezze compromettevano la quiete pubblica. Si cominciava dunque a scegliere nella massa qualche cosa di differente dalla perversità, e il pazzo veniva rispacciato là ricoveri dei tribunali e della prigione: tuttavia i primi manicomî servirono come sussurri delle carceri, e quello di Berlino non era che l'ultimo piano dell'edificio carcerario. La responsabilità sociale si affermava, sì, ma in modo incompleto. Da un lato la contrastava il persistente fanatismo dei pastori evangelici o dei preti cattolici, dall'altro la troncava a mezzo l'ignoranza dei laici, ferma nella persuasione che la pazzia fosse una specie di mostruosità e che non si potesse disciplinare se con un mezzo più o meno morale.

Il governo minuto dei pazzi era monopolio di monache e frati, ai quali il dogma del peccato originale deve far sembrare un paradosso l'esistenza d'una malattia materiale capace di ferire l'anima intangibile e uno sproposito il regime della tolleranza. La tolleranza presuppone la necessità naturale delle manifestazioni psicopatologiche e l'assimilazione sincera del pazzo a un malato innocente. Un sacerdote abbeverato di sapienza teologica non potrà mai capacitarsi che il pazzo sia assolutamente puro d'ogni colpa nell'estirpazione dei suoi atti e delle sue idee, se esistono milioni d'uomini che appena nati erano già responsabili della mala azione commessa nel paradiso terrestre da ignoti antenati. In Toscana vi furono due alchimisti logici e coraggiosi, Carlo Livi e Francesco Buzz, che rinunziarono alla direzione del manicomio e alla cattedra giuridica di dividerne l'autorità con le monache.

Le conseguenze malforsali dell'apriorismo religioso, passando in eredità dalla tradizione giudaica al Cristianesimo, ebbero una sanzione scien-

uffica e, quel che è peggio, una sanzione pratica. Nei primi trent'anni del secolo XIX la Germania non possedeva che un solo libro di psichiatria, dove HUSMANN additava i pazzi all'ira del Signore come ribelli coscienti che avevano venduto l'anima al Diavolo. E nei vari manicomii d'Europa s'introduceva l'uso di castighi corporali e, più spesso ancora, una specie di psicoterapia non meno atroce a base di umiliazioni, di sorpresi e di spaventi. I grandi dignitari della paralisi progressiva erano costretti a stare in ginocchio, bersaglio di motteggi e alle ingiurie degli altri malati, finché rinnegavano il loro delirio; il melanconico contrito e dolente si svegliava sotto un baldacchino di stracci pomposi con una corona di carta in testa; l'agitato spavaldo si vedeva circondato da infermieri in veste di furie, con maschere truescenti e stregiti satanici. I malati erano sottoposti a lavori interminabili, automatici, opprimenti, di nessuna utilità, come quello di far girare una ruota, specialità incontestata di cavalli ciechi e di somari avari. Al manicomio di Firenze si conserva ancora come ricordo d'un'epoca tramontata, ma non remota, una specie di girama giravola sopra un perno: l'infermo debitamente legato girava con la giravola intorno al proprio asse verticale; e girando veniva frullato e calmato . . . fino all'incoscienza. Lo strumento si chiamava il *frullone*.

Le docce fredde, applicate all'improvviso e per intimidazione sopra malati inviperiti e di tutt'altro bisogno che di eccitamenti supplementari, sono l'ultimo residuo di questi metodi macabri, con cui medici rozzi e poco intelligenti, dimenticando la natura delle malattie mentali, s'illudevano di poterle reprimere pedagogicamente come si reprimono (bensì o male) la pigrizia, la timidezza, i capricci o la noia.

Ma, prescindendo dai pregiudizi religiosi, che spesso sono soffocati in pratica dalle rivolte istintive del senso comune, vi erano i preconcetti clinici. Gli infermi di mente non erano trattati assai bene nemmeno dai medici, che al di là dell'anomalia, della deformità, della curiosità patologica osservano, ma non decifravano la malattia. Non dobbiamo meravigliarcene; alla stessa maniera si guardano e si trattano oggi gli immorali di nascita e gli uranisti. La società può compensarli, ma non ha il dovere d'incomodarsi troppo per essi; e quando ha nutrito gli uni e perdonato agli altri, scansandoli, bisogna convenire che non le resta più niente da fare. Quanto all'alienista, ha esaurito il suo ufficio istituendo la diagnosi.

Questo punto di vista, che ora è un secolo valere indistintamente per tutti i pazzi, fu sorpassato nei tempi presenti per la maggior parte di essi. Oggi si sa che i malati di mente possono guarire; che i buoni manicomii giovano non soltanto alla tranquillità sociale, ma anche al risa-

namento individuale di molti ricoverati; e che, se dal carcere è nato il rifugio, non conviene arrestarsi nel cammino, ma dar opera perché dal rifugio si sviluppi a poco a poco l'ospedale. L'amenità, la melancolia, la mania, la pellagra, l'alcolismo, il morfismo sono malattie che, tranne in casi eccezionali, si dissipano a breve scadenza; le coreoecopatie infantili, l'epilessia, l'isterismo, la nevrosi si possono dominare, sia attenuandone i sintomi, sia dilandando gli accessi, finché l'infirmità si modera o si riduce allo stato latente; la paralisi progressiva e le cerebrosi degli adulti sono, se non guaribili, curabili; le sole anomalie (imbecillità, paranoia, pozzia morale, perversione sessuale) resistono, è vero, ad ogni cura medica, ma qualche volta richiedono misure di sicurezza sociale che difficilmente, almeno per ora, si potrebbero attuare all'interno dei manicomi. E non c'è malattia mentale che non s'avvantaggi del mutar d'ambiente, dall'isolamento, dall'oblio delle cure domestiche; né vi è malato povero che possa trovare un rifugio più adatto del manicomio ad un simile scopo.

Il manicomio, anche come puro rifugio, deve essere organizzato in modo da eliminare anzitutto ogni pericolo. Ma non bisogna inasprire il malato con eccessi di difesa preventiva. La coercizione materiale provoca spesso per conto proprio una recrudescenza di quei pericoli che si vorrebbero appunto evitare, perché mette i malati alla disperazione e li spinge alla fuga, alle violenze, al suicidio, malgrado le mura ciclopiche, le porte massicce, le specole inquisitorie, le celle imbottite o gli altri congegni di tortura che costano tanto danaro. Al manicomio di Torino esistono da vent'anni certe gabbie di ferro che, sovrapposte ai letti degli epilettici come zanzariere, devono preservarli dalle cadute: è prevista anche la possibilità del volo perché ogni gabbia è chiusa da tutte le parti ed ha il suo soffitto. Nei manicomi di Siena, di Palermo e di Torino è in vigore una pretesita edifica che sembra ispirata dalla stessa Musa. Le celle degli agitati sono distribuite lungo un semicerchio e s'aprono in modo che l'infermiere, stando immobile come un falcione nel centro, può vedersi dentro e sorvegliare ciò che fanno i malati senza volgere gli occhi; ma, se s'allontana dalla sua posizione strategica, non vede più nulla. Col frutto del capitale impiegato in soprappiù per questa disposizione architettonica si potrebbe salariare comodamente un altro infermiere. A Cagliari nel 1893 vi erano ancora dei pazzi incatenati a letto; e non fu senza grandissima fatica che il direttore del manicomio ottenne finalmente l'abolizione delle catene. Altrve, costruendosi qualche nuovo riparto, è data libertà al direttore di scegliere, locale per locale, la tinta delle pareti, a cui nella filosofia tecnologica dei pubblici amministratori è assegnata un'importanza decisiva per la cura delle malattie mentali.

Nei manicomi moderni sono banditi gli artifizî carcerari e gli espedienti punitivi. A Mendrisio, ad Alt-Scherbitz e a Glacé vige il sistema delle porte aperte: *open door*. L'uso dei mezzi coercitivi è limitato ai pochi incoscienti che, se potessero, si mutilerebbero il corpo da un istante all'altro: e tuttavia non li salva dal suicidio (raro, ma possibile) per mezzo di morsi furibondi alla lingua. I bagni caldi e prolungati, la sorveglianza continua, oculata, silenziosa e benevola da parte d'infermieri numerosi, educati alla pazienza e ben pagati, la divisione scartata e studiata dei locali, la loro struttura interna e il loro arredamento appropriato sono i coefficienti che lavorano a raggiungere questo primo intento: la calma. In Germania si usano i bagni a permanenza o *Dauerbäder* anche di notte, e i malati vi passano le ore insieme e agitati sotto l'azione calmante dell'acqua calda a 34° C., in un ampio locale vigilato, ciascuno nella sua nicchia, liberi di fasce e basti, in gruppi di otto o dieci individui. La calma proviene dal benessere e genera l'ordine.

EVOLUZIONE ULTERIORE DEI MANICOMI.

La calma è una condizione necessaria non solo all'ordine materiale, ma anche alla verificatione della malattia mentale e ad una cura ragionata. Essa è l'ultima parola del rifugio, la prima sillaba dell'ospedale. Che cosa si può capire di prestici, che cosa si può definire di utile si mezzo ad una calca di malati che gemono, supplicano, minacciano, inguriano, cantano, correndo di sopraffarsi l'un l'altro con le benedizioni e con la voce per disputarsi il cibo o per raggiungere il medico, sciamo dei loro destini? Chi riuscirà a distinguere un'inferenza acutissima, che reclama la lavatura di stomaco o un lassativo urgente o un bagno generale o l'ipodermoclasia o un disinfettante per salvare con l'intelligenza la vita del malato, da una mania più o meno periodica che decore invece senza pericolo di morte e con tutt'altri bisogni? Chi si accorderà se fra cento infermi associati vi è da ventiquattr'ore un sifilico di più, già esausto da processi precedenti e che abbisogna dell'alimentazione forzata per non morire di fame? Chi impedirà il martirio d'un melanconico insomne che si trovi in un dormitorio di quaranta o cinquanta ricoverati, se tra essi vi sia indotto per isbaglio anche un solo clamoroso? E a che razza d'illazioni disperate non dovrà abbandonarsi il pazzoio facilo quando valrà le sue congetture di persecuzione realizzarsi in una prigione autentica aggravata dalla promiscuità con pazzi d'ogni sorta, tra cui non mancano né i sudici, né gli agitati? E quale scuola sarà per l'indoville, così facile alla suggestione, così pronto all'imitazione, la pre-

senza di dementi precoci, di mattiaci, di isterici in preda ai più strani disordini di contegno?

Affinché il manicomio meriti veramente il nome d'ospedale, non basta la separazione dei tranquilli dagli irrequieti, dei puliti dai sudici, dei laici dai confusi, dei validi dagli infermi, degli adulti dai fanciulli. Non basta nemmeno la suddivisione ulteriore dei malati più sensibili o più pericolosi o più malandanti in piccoli gruppi e persino a due o tre in camere individuali, almeno durante la notte. Questo perfezionamento tecnico, che è di grandissima utilità, è già raggiunto in parecchi manicomii stranieri ed anche italiani; ma un manicomio non si potrà mai paragonare ad un ospedale, se non si accresce il numero dei medici per lo meno nella proporzione di uno ogni cento ammalati. Ora, salvo in piccolissimi asili che per cento o duecento malati non possono esimersi dall'assumere un medico col suo supplente, questa proporzione non è che un ideale. Anche in Germania un medico di manicomio deve vigilare non di rado su 150 o 200 malati o magari di più.

Si può tollerare un simile stato di cose? Lasciamo stare la degradazione intellettuale a cui è condannato il medico, dovendo attorciersi al puro ufficio della sorveglianza (iscrivere); lasciamo da parte anche la difficoltà di arruolare medici colti e intelligenti per servizi così materiali; e analizziamo soltanto quello che avviene anche nel più igienico, nel meglio suddiviso e nel meglio governato dei manicomii fra 800 infermi assiduamente sorvegliati da non più di quattro medici. Ammesso che la responsabilità dei quattro medici sia di pari grado e che essi possano ripartire la sorveglianza dei malati in modo da non doverne assumere in cura più di 200 per ciascuno, ogni medico dedicherà ai suoi malati 10 ore del mattino e tre ore del pomeriggio, cioè in tutto sei ore al giorno, pari a 300 minuti; e sarà una fatica superflua. Due guardi se il medico, malgrado di più nella sezione del manicomio: il suo equilibrio nervoso, il suo prestigio sui malati, la sua lucidità mentale sarebbero seriamente compromessi. Orbene, 300 minuti al giorno, date le distanze da percorrere e dato il tempo da consacrare all'ispezione generale dei locali, dei cibi e dei farmaci, non fanno un minuto e mezzo per malato. E in questo ultimo di tempo il medico dovrà guardare, interrogare, attendere la risposta, farsi un concetto sintetico di ciò che ha osservato e dare, se occorre, gli ordini relativi. Come potrà scoprire, sopra un malato che non parla o che altera la verità o che la ignora, l'esistenza della febbre, dell'anguria, d'un soffio cardiaco, d'un edema localizzato, d'una ottusità toracica o d'altri gravi sintomi che annunziano, come uno sparo di cannone, l'arrivo della malattia intercorrente di cui il ricoverato morrà? Così avviene che si riscontrano ogni giorno al tavolo contumaci meschini, veduti, vizi di cuore,

carie ossee, polmoniti che i medici del manicomio non avevano neppure sospettato. Se sfuggono queste diagnosi grossolane, figuriamoci le altre.

Gli errori d'osservazione a cui si lasciavano trascinare i medici del manicomio, costretti a perlestrazioni sommarie in vesti e affollati locali senza la collaborazione d'infermieri istruiti, ebbero l'onore dell'ospitalità in monografie, libri e congressi scientifici. A questo modo nasquerò la leggenda dell'otocematoma dottoresco come particolarità dei pazzi, della mancanza di febbre nelle loro malattie intercorrenti, della inevitabilità delle piaghe da decubito nella gran maggioranza dei malati che stanno a letto.

La dedizione del servizio sanitario e insieme lo sprezzo dell'igiene, la pessima alimentazione, la promiscuità dei cronici con gli acuti e forse nei casi arrivati a proporzioni incredibili in quei manicomi dove i pazzi poveri sono costretti a impacciarsi privati che cercano di spremere il massimo lucro possibile. Nel Belgio il 75 %, dei pazzi poveri ha ricovero in manicomi di speculazione, che non avrebbero nulla di riprovevole se accoglieranno ospiti volontari ed anche pazzi, ma a spese e col benplacito delle famiglie, perché in questo caso la volontà dei malati o dei loro parenti può vegliare sul contratto e farne rispettare le condizioni. Questa vigilanza non è possibile a favore dei pazzi poveri che vengono internati per decreto dell'autorità giudiziaria o politica e che non hanno facoltà di scegliersi un manicomio più onesto. Gli apalti dei pazzi belgi sono avanti per la massima parte da frati, che pagano l'unico medico (in ragione di 15 centesimi (in media) per opus e per diem. E non senza astuzia: un medico che abbia sotto le sue cure 1000 malati guadagna la somma non disprezzabile di 160 lire al giorno; e non ha né il tempo, né il modo, né l'interesse di curare e di licenziare i suoi dozzinanti, perché lo sfollamento del manicomio sarebbe per lui, non meno che per la confraternita, una diminuzione di guadagno.

In Italia il progetto di legge Rodati, che il Senato aveva approvato nel 1886, prescriveva almeno un medico ogni 120 malati: ma per troppo quel progetto completo, organico e veramente liberale, che rendeva obbligatorie le visite agricole e conferiva al medico direttore l'autorità necessaria a difendersi dalle prepotenze delle Delegazioni provinciali, non fu convertito in legge. Abbiamo invece dal 1904 la legge Giolitti, tutta reticenze e ambiguità, che con poche ed aride disposizioni non mira se non allo scopo di soddisfare le diffidenze e le avarizie dei Consigli provinciali a cui è affidata la spesa e, nella massima parte dei manicomi, ohimè anche il governo dei pazzi. Non è neppure assicurato un numero sufficiente d'infermieri, mentre il progetto Rodati assegnava la proporzione minima di almeno 1 infermiere ogni 10 ammalati. I direttori dei manicomi sono alla mercé delle amministrazioni.

Nella legge Giolitti non parla il ministro d'Italia, ma il consigliere provinciale di Cuneo; e la voce degli alienisti manca o non è avvertibile. L'unica cosa che vi è di buono è d'aver lasciato che la spesa di ricovero per tutti i pazzi della Provincia gravi integralmente sul bilancio provinciale. In Francia invece ogni Comune ha l'obbligo di contribuire al mantenimento dei pazzi insensati che gli appartengono; e questa ripartizione di spese, fondata sopra un criterio clinico estremamente incerto e variabile (uno stesso malato è innocuo o pericoloso secondo i momenti) mette a dura prova il medico-direttore del manicomio, che diventa l'arbitro delle competizioni amministrative tra l'autorità del Dipartimento e quella dei singoli Comuni. Il progetto Radau, «con maggiore precisione e semplicità, addossava al Comune il 20% della spesa per ogni malato di sua pertinenza e per ogni giornata di ospedalità, senza distinzione tra innocui e pericolosi; ma, se questa disposizione di legge fosse stata approvata dalla Camera dei deputati, è evidente che i Comuni avrebbero lesinato nelle domande d'ammissione per non lasciar erodere i miseri bilanci appena sufficienti a sfamare il maestro di scuola, e i manicomii sarebbero rimasti semideserti.

OSTACOLI ALLA REGOLARE SPEDALIZZAZIONE DELLE MALATTIE MENTALI.

Restrizioni legali. — La partecipazione diretta delle amministrazioni comunali alle spese vive dei manicomii è un freno automatico che le classi dirigenti immaginarono per diminuire l'affluenza dei pazzi nei manicomii senza averne l'aria; ma non è il solo. Dove non è adottato questo espediente di brevetto francese, se ne applicano altri non molto originali, ma assai appropriati allo scopo, che è quello di alleggerire il costo del ricovero diminuendolo il numero. Il male è che la diminuzione, comunque si procacci, cade sempre sulle fiamme acute di pazzia che ritirarrebbero il massimo vantaggio dal ricovero in un asilo ben diretto e sulle forme attenuate che sono appunto le più disagiate a curarsi fuori dai manicomii. In Inghilterra, la patria dell'*asylum rate*, si sono circondate le ammissioni nei pubblici manicomii di pasture giuridiche che dovrebbero assicurare la libertà personale, rendendo impossibili i sequestri arbitrari, ma non hanno altro effetto che di precludere ai pazzi acuti il mezzo d'essere curati e smiliti, perchè negli ospedali comuni non sono accettati a motivo della loro turbolenza, nei manicomii non possono entrare finchè non abbiano le loro carte. Così si respingono dal manicomio i malati più costosi e più ingombranti, ma nello stesso tempo quelli che avreb-

loro maggiori diritti alla pubblica assistenza e che d'altra parte vi farebbero un soggiorno più breve. Il manicomio, in luogo di diventare un ospedale, resta quello che era; un rifugio. I medici del manicomio si specializzano la mente nel contatto con infermi cronici e nelle pratiche d'amministrazione. La cultura psichiatrica è ridotta allo stretto necessario e separata dalle sorgenti di studio a cui dovrebbe attingere per progredire. Salvo il laboratorio scientifico degli asili riuniti che sorge da pochi anni ad Edimburgo, si direbbe che la Gran Bretagna sia muta e che la psichiatria vi sia coltivata come istituzione filantropica, ma non come scienza.

In realtà le restrizioni legali con cui si impediscono improbabili abusi servono spesso a impedire o a ritardare, non senza gravissimo danno, l'isolamento di pazzi poveri, che nulla troveranno nelle loro case di ciò che sarebbe necessario alla guarigione. Eppure, i sequestri arbitrari non possono avvenire senza l'arrischiata e inverosimile complicità dei medici, che sono funzionari pubblici e che scuoterebbero il loro resto con pena revivosa, se avessero la scelleraggine di commetterlo. In Germania Kraepelin non ricorda nemmeno un caso di questo genere, ed io non ne ricordo in Italia.

Eppure, la fastidiosa malata di legislatori che non sanno rappresentarsi il mondo se non come un immenso banco degli accaniti si pasce di queste lontane possibilità e propugna cautele altrettanto inutili che inopportune. La legge Giolitti esige (ed è giusto) che in ogni manicomio vi sia un compartimento d'osservazione per i nuovi ammessi; ed ecco i fuochi ardenti delle pubbliche amministrazioni a imporre che questi nuovi ammessi, non ancora ufficialmente presunti per pazzi, siano rigorosamente separati dagli altri per non contaminarsi alla loro vista. E perchè mai? Forse che gli individui inviati al manicomio dall'autorità o dai medici esterni non sono mai pazzi? Forse che i medici del manicomio possono trattenerli indebitamente quando fossero o apparissero del tutto sani di mente? Forse che i nuovi ammessi diventano pazzi soltanto nel giorno in cui arriva (provocato del resto dal medico del manicomio) il decreto che li aggrega stabilmente al manicomio? Forse che, evitando il contatto coi ricoverati di data più antica, i nuovi ammessi non si trovano riuniti nel compartimento d'osservazione accanto ai loro contemporanei d'ammissione, cioè a pazzi di tutte le sorta e non meno impressionanti degli altri? Dacché a Firenze esiste l'Istituto di osservazione, io non vi ho mai veduto su parecchie migliaia di entrati nemmeno uno che fosse stato internato in mala fede. Prima che s'aprisse l'Istituto d'osservazione, un tale aveva ingannato il medico esterno desunzionandogli una lettera della propria sorella che manifestava propositi di suicidio; ma la

sorella l'aveva scritta otto anni prima in un accesso di melanconia di cui era guarita, e la data della lettera era falsificata. Così gli riuscì di farla passare per recidiva, malgrado le sue proteste; ma l'inganno fu subito scoperto: alla soglia del manicomio, la falsa pazza fu confortata e rimandata a casa nel più breve termine possibile, il reo arrestato, sottoposto a processo e condannato.

Falsa interpretazione delle statistiche. — Un mezzo più ingegnoso di sfollamento e un'altra parola di economia per il pubblico erario, ma che non è attuabile senza il concorso degli alienisti, consiste nell'accarezzare il pregiudizio d'uno spaventoso e incalcolabile incremento a cui andrebbe incontro la pazzia per effetto della civiltà. Volendo raffermare l'effetto, si può invocare il *dax* della degenerazione che ha un profilo scientifico ed è sempre di moda. Il trucco è semplicissimo: se la pazzia cresce, se non possiamo né reprimere, né prevedere il suo incremento, se anzi esistono cause che lo rendono progressivo, bisogna prepararsi a trovare i surrogati del manicomio e a combattere la spediabilizzazione della pazzia, perchè è evidente che i manicomii non si possono ampliare all'infinito e sarebbe oziale, anche prescindendo dalla spesa, che tanta gente perdesse la propria libertà. Pare impossibile: ma tutti gli alienisti concordano a quest'anno, dimenticando d'esserselo fabbricato con le proprie mani. Si direbbe che i loro clienti, gli alcoolisti, i pellagrosi, i cerebropatici, i melancolici, i maniaco, i paralitici, gli amati, i paranoici, gli immorali, gli imbecilli, gli epilettici, gli isterici, i neurastenici dei tempi moderni siano altrettanti pensatori imparziali nello studio indefesso dei problemi sociali e scientifici: un'altra teoria catastrofica nell'etiologia delle malattie mentali? Eppure, non v'è malattia mentale e forse non v'è malato di mente a cui si possa veramente attribuire un simile determinismo morboso (v. cap. II). Le cause delle malattie mentali sono semplici e grossolane: intossicazioni, infezioni, discrasie acquisite ed ereditarie, traumi fisici, infermità della vita infantile, che la civiltà tende a riparare e a diradare, non a favorire. Non è per eccesso di civiltà che si ubriacano i Negri e si avvelenano con l'oppio i Cinesi; non è la civiltà che diffonde la sifilide, essa la insegue e la isola; non si devono alla civiltà, madre dell'igiene, le epidemie, le infezioni sporadiche, le crisi violente di miseria, l'abbandono dell'infanzia e gli altri fattori morbigeni che fanno strage appunto nei paesi meno incivili. La civiltà raffina la diagnosi del medico e acuisce la sensibilità del corpo sociale, stimolandolo a purgarsi degli elementi psicopatici; ma non fomenta la pazzia. È anzi facile persuadersi che deve avvenire precisamente il contrario.

La paralisi progressiva non è in aumento, quantunque i paralitici so-

prorivano alla malattia più lungamente d'una volta. L'amenza guarisce con una rapidità di cui la psichiatria nostra non aveva sentore. La massima parte dei deficiente non è formata da imbecilli che debbano la loro sorte all'eredità, ma bensì da cerebrogatici che ammalano nell'infanzia per incidenti fortuiti e in gran parte evitabili. Le malattie mentali colpiscono piuttosto i poveri, che rappresentano uno stadio di civiltà scapitato, anziché gli agiati che fruiscono intensamente i vantaggi della civiltà presente e danno la misura di ciò che saranno in avvertire le condizioni di vita per tutta la collettività. La pellagra non è davvero un prodotto dell'istruzione, del progresso agricolo, del commercio internazionale, della legislazione, ma potrà anzi esser vinta appunto con questi mezzi caso mai non dovesse crescere la prosperità delle popolazioni che si nutrono di mais avariato. L'epilessia non è una misteriosa e protoforme manifestazione di eredità neotropica, ma una malattia provocata da lesioni acquisite che la medicina mette in luce e si studia di padroneggiare. L'alcolismo è la conseguenza di un vizio volontario, il cui sono tributari i disoccupati, gli ignoranti, i poveri e le persone costrette a mestieri nocivi, duri, che tendono a scomparire o per lo meno a ingentilirsi.

Un uomo intelligente, colto e che non sia alle prese con la miseria può star tranquillo sul proprio avvenire mentale: avendo già superato lo scoglio della demenza precoce, che insorge per cause materiali e indipendenti dalla civiltà, evitando l'altro scoglio della sifilide o rendendolo innocuo con provvedimenti preventivi e successivi, premunendosi dall'arteriosclerosi della vecchiaia, e prescindendo dalle psicosi ereditarie di cui in ogni modo non avrebbe mai a ringraziare la civiltà, sarà sicuro di non impazzire o per lo meno di non impazzire né per colpa propria, né per colpa dell'epoca in cui vive. L'attività letteraria, scientifica, professionale e politica, quanto più è intellettuale, tanto meno predispone alle malattie dell'intelligenza: e poiché la civiltà vende ogni giorno più intellettuali anche i più umili mestieri, non è da essa che germineranno i nuovi iguanti della pazzia, né la causa compressiva del suo incremento. La pazzia diminuirà; e i manicomi, raggiunta la fase della massima specializzazione, si sfileranno. Essi tendono a liberarsi degli pazzi e a richiudere tutti i pazzi curabili, trasformandosi in ospedali: ma quando i malati di mente saranno scemati di numero perché sapremo a prevenire le loro malattie o a combatterle con efficace sollecitazione, i manicomi, per quanto assorbenti, cesseranno di rigurgitare sotto il continuo incremento delle ammissioni, e le amministrazioni pubbliche potranno rivolgere ad altri scopi parte del danaro che consumano con rimpianto e mala gracia al mantenimento dei pazzi.

Questo rimpianto non è giustificato in Italia, dove la media dei ricoveri

rati in confronto alla popolazione sono superati appena l'1 per mille, e solo nelle regioni più floride del nord e del centro raggiunge o sorpassa il 2 per mille. Il Belgio, la Svizzera, l'Inghilterra, la Germania deplorano o vantano (secondo il punto di vista) proporzioni ben più alte, fra il 3 e il 4 per mille. Dovremo concludere per questo che le nazioni più colte d'Europa sono esposte al flagello della pazzia tre volte di più dell'Italia? Nemmeno per sogno. Anzitutto il maggior numero di ricoverati non significa maggior numero di pazzi: almeno in parte, non è che l'effetto d'una più sviluppata specializzazione, cioè d'un fatto inerente a un alto grado di civiltà. In secondo luogo, noi vediamo che anche in paesi di civiltà meno elevata, come sarebbe la Russia, se circostanze speciali favoriscono la specializzazione dei pazzi, il loro numero non risulta più tanto piccolo: e infatti la Russia, malgrado l'abbandono in cui lascia provincie intere e popolate, conta 150,000 ricoverati per malattie mentali e 50,000 affidati alla custodia domestica.

L'unica causa provocatrice di pazzia che sia caratteristica dell'Europa settentrionale e che accresce a crescere, dando ragione ai pessimisti, è l'alcolismo. La civiltà non è stata capace di reprimere questo vizio: ma è forse essa che l'ha inventato? L'abuso delle bevande alcoliche si manifesta piuttosto nei bassifondi dove la civiltà non è riuscita a penetrare o nei periodi di transizione, fortunatamente brevi, che sono le sue malattie. Ma se la civiltà tende, come parrebbe, ad aumentare la ricchezza in tutti i ceti sociali e con la ricchezza i comodi della vita, l'igiene, l'istruzione, le distrazioni, la socievolezza e il senso della responsabilità, nessuno vorrà pensare che l'incremento di questi beni collettivi debba portare un incremento parallelo dell'alcolismo. L'alcolismo nasce dall'irritabilità nervosa, dalla debolezza organica, dai bisogni insoddisfatti e dalle imperfezioni dell'ambiente esterno: l'elevarsi dell'esistenza umana a forme di società più evolute non può esasperare, ma piuttosto correggere questi fattori d'alcolismo, aumentando il benessere generale. E non si creda che il progredire dei tempi, permettendo di appagare i bisogni fondamentali e fino allora mal soddisfatti, promova bisogni nuovi e più futili, per non dir capricciosi, ma altrettanto prepotenti e violenti. Ogni bisogno subjettivo è l'espressione d'una necessità obiettiva che preesisteva: le coscienze raffinate non inventano i reclami della costestesi per darsi il gusto di soddisfarli, ma li avvertono con una precisione e con una sollecitudine che riesce utile all'economia dell'organismo. Godere è vivere: e chi vive squisitamente, intensamente, completamente, senza lasciar inoperosa alcuna funzione del corpo o dello spirito, provvede con saggezza anche alla propria salute. L'uomo intelligente, delicato e civile sentirà assai meno le gioie dell'alcool che la ripugnanza dell'alcolismo,

perchè potrà valutare gli effetti disgustosi con mille sussidi scientifici, estetici e igienici che mancano agli esteri incolti.

Sarrogati laziali. — Dove i manicomii raccolgono un contingente di malati eguale al 3 o al 4 per mille della popolazione totale si capisce che convenga, nell'interesse della popolazione che paga, porre un limite alle ammissioni e cercare un derivativo meno costoso. In quasi tutti gli Stati d'Europa comincia a diffondersi l'uso di affidare i pazzi tranquilli a famiglie che vivono in campagna e che ne assumono il mantenimento per modico prezzo. Di solito sono famiglie di infermieri che abitano nelle vicinanze del manicomio e a poca distanza gli uni dagli altri: così gli alienati vivono con gente pratica dei loro bisogni, longanime e soggetta ad una dolce, continua ed efficace sorveglianza che viene esercitata dagli stessi medici del manicomio. Questa forma di custodia domestica, per la qualità degli individui che ne hanno l'incarico, per la topografia dei casolari in cui si svolge, e per la dipendenza dei tenutari dall'autorità del manicomio, non è che un'espansione del manicomio. I tenutari possono utilizzare sul proprio podere il lavoro del malato che hanno in custodia. Nel paese di Ghoei non vi è un vero e proprio manicomio; ma tutte le case ospitano uno o due pazzi, e vi è un riparto chiuso sotto la diretta responsabilità di un medico, che vi cura i malati, manda gli irrespettosi, rimanda al tenutario i migliorati e in pari tempo vigila su tutti gli altri che vivono semiliberi nel paese. Nel Belgio, dove i manicomii sono un inferno, la colonia di Ghoei è una specie di paradiso.

Ma vi è il rovescio della medaglia. L'idillio campestre e la larva della maggior libertà coprono spesso un doppio compromesso: tra le amministrazioni e il pubblico da una parte, tra i medici e le amministrazioni dall'altra. Nella provincia di Firenze si pensa che, se negli altri paesi i malati sono ceduti ad estranei, a maggior ragione essi non possono essere rifiutati alle famiglie che ne facciano domanda, e per incoraggiare le domande si pagano premi mensili che vanno dalle 5 alle 15 lire. Così l'amministrazione provinciale ripartiva le 45 lire che dovrebbe spendere se l'infermo rimanesse al manicomio; e vi sono circa 800 pazzi sparsi nel territorio d'una vasta provincia, senz'alcuna vigilanza, affidati a famiglie poverissime, che talvolta li sfruttano nel lavoro agricolo e tal'altra nella mendicizia o in mestieri più bassi. È evidente che i pazzi così isolati non possono godere un trattamento parificabile a quello del manicomio, nemmeno se il misero peculio sborsato a titolo di indennità per il loro mantenimento fosse integralmente consumato per questo scopo; ma è del pari evidente che novanta volte su cento anche quel poco va per firma maggiore a beneficio della famiglia oppressa dall'indigente, e il malato

di mente non è che l'ostaggio per ottenerne la continuazione. Questo sistema è la degenerazione della custodia domestica; e tra i suoi maggiori inconvenienti ha quello di poter assumere un'estensione quasi illimitata, sottraendosi ad ogni sorveglianza.

Se la custodia domestica è tollerabile come istituzione complementare dei manicomi nei paesi dove la proporzione dei ricoverati arriva al 3 o al 4 per mille, non è plausibile dove una tal proporzione è appena dell'1 o del 2 per mille, perchè in questo caso essa si converte in un sostitutivo economico sì, ma peggiorato del manicomio. I pazzi più robusti e più attivi diventano servi non salariati di tenutari che non conoscono; ed emigrando dal manicomio dopo aver sofferto inutilmente il distacco dalla propria famiglia, lo privano delle braccia più valide. Sono essi, i cronici tranquilli, operosi, avvezzi ad una vita automatica, che formano il sistema macolare del manicomio: strumenti d'ordine, di profitto economico e di emulazione salutare agli altri ammalati. Non conviene che la collettività perda a favore di pochi tenutari i vantaggi che derivano al manicomio dalla presenza di questi abitanti pacifici e soddisfatti. Quando è ben rappresentata la vecchia guardia dei cronici, l'atmosfera del manicomio è più respirabile e il suo bilancio è più ricco perchè dal lavoro dei ricoverati ajutano proventi inaspettati che diminuiscono le spese.

ASSETTAMENTO PRATICO.

Istituti d'osservazione. — È necessario che nei manicomi si provveda ad una selezione più razionale dei malati. I casi di pazzia acuta debbono trovare un facile e pronto ricovero in appositi ospedali di cui saranno dotati tutti i capoluoghi di provincia. Questi ospedali delle psicosi acute non possono sorgere in campagna, perchè dovranno essere completamente autonomi se il manicomio è isolato e remoto. Ma, se il manicomio è in un asilo urbano o suburbano, sarà bene che non se ne discosti ed anzi che costituiscono l'anticamera del manicomio, fondendosi con ciò che si chiama l'*Istituto d'osservazione*. L'Istituto d'osservazione, oltre ad accogliere i malati di psicosi acute, sarà la prima stazione di tutti gli altri, in modo che nessun infermo possa entrare nel manicomio propriamente detto, se prima non è passato per l'Istituto d'osservazione. La cura delle psicosi acute sarà dunque associata negli stessi locali allo studio preliminare di tutte le psicosi, comprese le croniche, perchè nei primordi della malattia mentale un cronico ha press'a poco gli stessi bisogni d'un acuto. Questa doppia funzione sanitaria non deve soffrire alcuna limitazione fiscale: essa potrà prolungarsi a volontà dei medici,

secondo l'opportunità del caso, anziché il malato possieda i requisiti per essere ammesso definitivamente al manicomio. Un ricoverato la cui pazzia non sia ancora specificamente definita ed abbia carattere acuto non risentirà alcun danno dalla compagnia di pochi cronici, perchè i cronici non usurpano il suo posto nella cella o nel ristretto dormitorio o nel luogo a permanenza che sono indispensabili in un istituto di pazzia acuta. Novocentoottantatré volte su mille i malati che entrano nell'Istituto d'osservazione sono pazzi al pari e più di quelli che ne escono per passare al manicomio dei cronici, perchè la pazzia non è determinata dalla firma d'un decreto giudiziario o prefettizio.

Gli istituti di questo genere possono diventare centri di cultura e di perfezionamento professionale, perchè le esigenze didattiche collimano esattamente con quelle d'un comparto d'osservazione. E infatti in Germania le cliniche delle malattie mentali sono per la massima parte tutt'una cosa con l'Istituto d'osservazione. Da esse si irradia con metodica continuità una produzione scientifica che altrove è in balia dell'iniziativa individuale. Naturalmente, gli istituti elisi sono suddivisi e costruiti in maniera da corrispondere ai bisogni di tutte le psicosi e specialmente delle acute; quanto all'insegnamento, esso non ha alcun bisogno particolare da soddisfare nell'interno delle infermerie. Basterà che l'Istituto d'osservazione possieda in qualunque caso tutto l'occorrente per le autopsie, per gli esami microscopici, per le ricerche istologiche e per gli studi accademici, che non devono essere banditi nemmeno dai grandi manicomi dei cronici. Soltanto per economia si potrà concentrare nell'Istituto di osservazione tutto ciò che ha attinenza agli scopi scientifici, ovunquevalta l'Istituto di osservazione e il manicomio siano vicini e dipendano dalla stessa autorità medica ed amministrativa.

Affinchè le cliniche siano utilizzate come centri ospedalieri e servano di sollievo al manicomio, trattenendo nei propri locali tutti i malati che hanno bisogno di cura o di studio e quelli che al loro primo ingresso presentano pericolo prossimo di morte, bisogna che esse siano capaci di almeno 100 letti nelle piccole città e di 150 o 200 nelle grandi. Se le cliniche contengono tutti i malati d'una categoria e i manicomi tutti quelli d'un'altra, ognuno dei due organismi acquisterà la libertà necessaria per perfezionarsi in conformità ai propri scopi distinti: l'uno nel senso dell'ospedale, con le ripartizioni o le peculiarità richieste per le malattie mentali; l'altro nel senso della colonia, con una organizzazione molto semplice ed economica del lavoro agricolo.

I manicomi di quest'ultima specie potranno svilupparsi anche in aperta campagna e lontani dai centri urbani; ma in tal caso sarà poi che mai necessario che il capoluogo della provincia possieda almeno l'isti-

tuno di osservazione. Milano, per dare un esempio, col suo 500.000 abitanti manda i malati di mente a 16 chilometri di distanza dalla città: è evidente che o prima o poi dovrà fabbricarsi un istituto d'osservazione nella città o nel suburbio. Questi istituti, abbiano o no il titolo di cliniche universitarie, non devono essere considerati come scuole di lusso, ma come sedi di risanamento e di studi pratici. Se il capoluogo della provincia è sede di Università, sarà una buona occasione di profitarne per un'alleanza che converga le forze economiche dello Stato e quelle della Provincia al raggiungimento dei fini comuni. Lo Stato, nell'interesse degli studi accademici, ha d'uopo d'una clinica ben ripartita, ma non avrà motivo di lamentarsi se la clinica sarà abbastanza grande per ricevere tutti i malati acuti e se la Provincia impiegherà il personale universitario in un servizio utile all'economia generale del maseconio; la Provincia a sua volta, nell'interesse di questa economia, avrà bisogno di richiamare nella clinica tutti i malati acuti o da curarsi, ma non avrà a dolersi se l'edificio sarà costruito e governato secondo le regole accademiche, che non differiscono in nulla dalle buone norme ospedaliere. Se poi il capoluogo della provincia non è sede di università, non esageriamo per questo le ragioni di riunire in un apposito istituto tutti i malati acuti o soggetti alla prima osservazione, dando all'istituto un carattere ospedaliero e scientifico.

Non si deve credere che gli istituti d'osservazione, ormai obbligatori per legge anche in Italia, costituiscono una miniera alle finanze delle Provincie. Per quanto necessariamente si organizzino a modo di ospedali e per quanto qualche volta si trasformino in cliniche universitarie o in qualche cosa di equivalente, le Provincie vi troveranno il loro tornaconto perché, in luogo d'osteggiarli e di lesinar loro il numero dei letti, ne sapranno ricavare tutto il partito possibile, concentrando tutti i servizi più attivi, più variabili e più costosi. Così si potrà per competenza semplificare l'organizzazione dei manicomi e ridarne sensibilmente la spesa.

Separazione dei vecchi e degli azzeccati. — È una crudeltà mescolare coi pazzi i vecchi decrepiti che hanno bisogno di abitare al piano terreno in locali ben riscaldati, d'essere sterzati perché non cadano, sorvegliati perché non appicchino il fuoco inavvertitamente, e fieramente redarguiti se l'irascibilità morbosa o il perversimento invale li spinge ad atti di violenza reciproca. Per tutta questa zavorra, che nei manicomi attuali è causa di gravi disturbi e di gravi spese, bisogna organizzare nei Ricoveri di mendicanti un compartimento speciale, adatto ed igienico che si presti meglio del manicomio ad assistere e a curarli. La peccazione della vecchianza non deve arrestarsi davanti alla demenza che è l'epilogo dolo-

no, ma anche il più frequente e quasi si direbbe il più naturale dell'età senile, specialmente nel proletariato. I vecchi apoplettici, sudici, smemorati, rinfambiti rappresentano il censo per mille degli abitanti addensati in un manicomio italiano, benché la loro mortalità sia spaventosa allontanarli dal manicomio e farne il contingente principale dei ricoveri sarebbe opera doppiamente utile per il benessere di questi infelici e per lo sfoltimento dei manicomii. Se vi sono Province senza ricoveri, è il caso di crearli apposta per i demenzii senili, che hanno utili ben maggiori dei semplici mendicanti alla carità pubblica. Col tempo, tanto i demenzii senili quanto i vecchi in genere potranno far a meno di manicomii e di ricoveri: ai loro bisogni straordinari ed ordinari è sperabile che basti la pensata per la vecchiaia, così providamente amata in Germania e studiata in Francia per un'immediata attuazione.

Anche gli *enocardi* sono fuori di posto in mezzo ai pazzi e ai dementi, gli *enocardi*, per la loro lucidezza e per la loro perfidia, costituiscono una minaccia perenne a nodati ingegni ed ingegni che avrebbero tutto il diritto di trovarsi al riparo da ogni insidia. Si lascino pure nei manicomii ordinari coloro che hanno commesso un così detto reato di incoscienza e che quindi non sono né delinquenti, né immorali; ma si trattengano nei manicomii giudiziari gli immorali lucidi. Se i manicomii giudiziari sono troppo di carcere, si riformano con criteri moderni: ma non è un gran male che la pena del carcere sia assaporata da costoro, dal momento che la sopportano i delinquenti comuni che valgono ben più di essi e mercono riguardi maggiori. Se gli *enocardi* di nascita sono dichiarati irresponsabili, dobbiamo serbare i rigori della giustizia ai delinquenti di carattere: questo che hanno perpetrato il delitto in un momento d'ebbrezza? Sarebbe una curiosa giustizia. Finché esistono carceri e manicomii giudiziari, nessuno avrà tanti titoli per estrarli quanto un imbecille di razza.

Ma vi sono altri anomali a cui l'ambiente del manicomio riesce infruttuoso e umiliante: i *paranoici* puri e gli *imbecilli*. Ai *paranoici* con belino di persecuzione ben progettato basterebbe intimare la relegazione in luoghi diversi e lontani da quelli a cui si riferisce il delirio. Agli *imbecilli* si valino consacrando scuole e collegi dove, finché non abbiano raggiunto l'età adulta, troveranno un trattamento ben più adeguato che non nei manicomii.

Insieme agli *imbecilli* o *negli* negli *aspetati infanzia* dovrebbero infine trovar ricetto gli *idioti cerebrali*. Per quanto la loro deficienza intellettuale sia spesso completa o profonda, i *cerebropatici* non sono pericolosi né violenti. Essi hanno bisogno d'assistenza, non di sorveglianza; di cura, non di repressione. Perciò non sono ospiti adatti di un manicomio, ma

si troverebbero a loro agio e non recherebbero alcun disturbo in un ospedale di bambini cronici.

Colonia agricola. — Il lavoro, specialmente all'aria libera o in locali ariosi e salubri, rallegra i malati di mente, li rende più calmi, più pazienti, più soddisfatti di sé stessi. A furia d'essere un coefficiente d'igiene e di calma, il lavoro diventa anche un mezzo di cura. Nei manicomi dov'è organizzato il lavoro la mortalità è più scarsa, la stercorezione è ridotta ai minimi termini e le guarigioni sono più numerose; si innalzano gli animi dei malati, si rafforza l'opera di chi li assiste, si realizza la missione dello Stato, delle Province e dei Comuni che provvedono amministrativamente non solo alla loro custodia, ma anche alla loro rigenerazione. Perciò i buoni manicomi possiedono una colonia agricola; e alcuni manicomi vecchi che non la possedevano si trasferiscono fuori dell'abitato appunto per crearsela.

Per le esigenze del lavoro campestre si forma nei manicomi un nucleo di ricoverati tranquilli, fedeli ad occupazioni utili e regolari, godenti d'una relativa libertà. Questo nucleo di lavoratori costituisce un'ottima e salutare compagnia per convalescenti. Mentre i lavoratori convivono in una grandetaverna priva d'inferriate e di celle, le lavoratrici possono abitare un padiglione analogo e casalingo, dedicandosi ad occupazioni femminili. La doppia colonia richiederà un numero minore d'infermieri che potranno contribuire con le proprie braccia al proficuo lavoro dei malati. Essi sarà anche il luogo di prova e forse la stazione di partenza per quegli infermi che, lasciosi o no, non rassicurano ancora completamente sulla loro tranquillità. Nella colonia agricola si può abitare senza restrizioni e senza paura il regime delle porte aperte. Se pure con questo regime si verificherà qualche evasione di più, essa non costituirà un pericolo, né un danno, ma avvalorerà agli occhi dei malati e del pubblico lo spirito liberale del manicomio.

La colonia dei lavoratori e delle lavoratrici dà un'intonazione di semplicità, di sobrietà, d'economia, che non è soltanto apparente, a tutto il manicomio. E quando i malati acuti si trovano riuniti nell'Istituto d'osservazione, sono i colonizzati che vengono a formare il gruppo più numeroso e caratteristico del manicomio propriamente detto. Alla fattoria dei lavoratori e al gran padiglione delle lavoratrici si devono aggiungere le due *fermerie* (una per uomini e l'altra per donne) con locali suddivisi per i pazzi cronici che soffrono di malattie intercorrenti, soprattutto febbrili, o che stanno a letto o a'alzavo per poche ore. Occorre inoltre un padiglione per gli agitati di ciascun sesso con poche celle. Non è necessario che tutti gli affettosi siano riuniti in un comparto unico: il grado di lontananza, la

frequenza degli accessi e la loro violenza sono troppo differenti da un individuo all'altro per costringere i ricoverati alla convivenza non sempre facile coi confratelli di malattia.

La selezione dei pazzi acuti e dei nuovi ammessi, circa l'70 %, quella dei vecchi, circa l'80 %, quella degli anomali, circa l'50 % e quella dei fanciulli eretici, che ammontano anch'essi a circa il 50 %, concluderebbe i manicomi propriamente detti ad uno sfollamento del 350 %. Una selezione praticata coi criteri e nei modi che abbiamo accennato, obo a portare lo sfollamento aritmetico a un enorme sollievo morale ed umano, dove non resterebbe che il 550 % degli attuali abitanti, sarebbe una grande provvidenza per coloro che ne uscirebbero o che s'indagerebbero altrove prima di entrarvi. Infatti tutti costoro non potrebbero più esser in Italia del caso e dati in custodia a sfruttatori con la vista di sanatori, ma ricoverati e curati in ambienti adatti alla loro malattia.

Amministrazione dei manicomi. La spesa dei pazzi poveri è sostenuta in Italia dalle Provincie, ma non tutti i manicomi sono provinciali. Ora l'assetto amministrativo esercita una grandissima influenza sullo sviluppo dei manicomi, perchè la legge e la consuetudine assegnano in Italia una immensa autorità alle amministrazioni, mentre i medici-direttori non sono che gerenti responsabili. La qualità delle persone che prevalgono nei Consigli d'amministrazione non conta nulla, perchè nessuno, per quanto investito di un prestigio più o meno legittimo, è in grado di rendersi superiore all'ambiente che l'ha eletto e da cui viene i suoi poteri.

I Consigli provinciali sono assemblee che si riuniscono assai raramente: la grande maggioranza dei consiglieri appartiene a Comuni rurali che non si interessano al manicomio del capoluogo e neppure lo conoscono. In altre parole, la specializzazione dei pazzi non è riguardata come un servizio pubblico, ma come un onere o una penitenza che è imposta dalla legge e che si rispetta a malincuore. Quest'onere assorbito al 40 % del bilancio provinciale e all'onere finanziario si deve aggiungere, dove il manicomio è provinciale, anche la seccatura d'amministrazione. Il potere esecutivo è esercitato dalla Deputazione provinciale e praticamente è quasi sempre accentrato nel Presidente. Questa carica, come quella dei deputati provinciali, non è retribuita e tocca spesso a maneggioni che, per conservarsela, debbono assottigliare l'avvicina, il misonismo, la grettezza dei propri elettori diretti e indiretti. I Consigli provinciali rappresentano il comitato: e i manicomi sono governati con criteri da comitati. L'opinione pubblica non turba la ferrea immobilità di questi corpi deliberanti, che sono impermeabili alla persuasione, immutabili agli urti della critica e incombustibili al fuoco d'una minuscola opposizione.

I cittadini d'un Stato, gli abitanti d'un Comune sono legati da mille interessi e animati da sentimenti complessi che, malgrado qualche divergenza di partito, collimano ad un ideale elevato e ispirano l'analisi, promuovono l'azione, permettono il progresso. Lo Stato è la patria, circondata di ricordi storici e letterari. Il Comune è un prolungamento del focolare domestico dolcemente rischiaramato dalle intime riordanze personali. La Provincia non è nulla: nè un recinto d'interessi naturali, coordinati e ben distinti, nè un'orda di sentimenti vivi, concordi e differenziati. La più istituzionale delle sue funzioni è quella di decretare ogni anno la data d'apertura della caccia; il più importante dei suoi uffici è quello di governare i manicomi senza vederli. Le popolazioni non seguono con alcuna curiosità le vicende della politica provinciale, e il quesito dei manicomi non è avvertito fra quelli di dominio pubblico. I giornali non ne parlano: e i rappresentanti dei partiti popolari si affannano piuttosto a cambiare il nome d'una strada che al pensiero dei profetari impaziti per quali i pubblici manicomi stanno aperti. Da una vista circoscrizionale amministrativa, che fu creata per imitazione dei Dipartimenti francesi, non possono scaturire nè attività feconde, nè entusiasmi generali. Nel 1559 Francesco Ferruccio moriva alla battaglia di Gavinana per la sua Firenze; migliaia d'eroi si immolarono per Roma, per Parigi, per l'Italia, per la Francia, per la Germania, per la Svizzera, per la Grecia. Ma chi sarebbe così fanatico da esporsi nemmeno alla noia d'un raffreddore per la propria Provincia? Anche il Governo, che in Francia influisce sulle elezioni dei Consigli generali e vigila sulla loro azione politica per mezzo dei Prefetti, non è in Italia che l'indifferente servitore dei Consigli provinciali. Tutto è permesso alle oligarchie che vi spadroneggiano senz'alcuna vigilanza nè dall'alto, nè dal basso: e i Prefetti non intervengono a reprimere azioni o negligenze, se non ricevono ordini espliciti dal Ministro dell'Interno, che a sua volta si sveglia soltanto in rare occasioni, cioè quando un'oligarchia più potente lo fa partire in guerra contro l'Amministrazione d'una Provincia mal vista dalla maggioranza delle altre.

Ma vi sono parecchie Provincie che non posseggono un manicomio proprio. L'Amministrazione provinciale, dovendo obbligatoriamente provvedere al ricovero dei pazzi, ricorre ad Asili su cui non esercita alcuna autorità e si limita alla funzione automatica di pagare lo spese. La legge italiana, copiando alla lettera la francese del 1838, prevede e permette quest'abitudine, che in sé stessa non è punto cattiva. Ma la permette in varie forme, tutte biasimevoli, tranne una sola, che per fortuna è applicata in varie Provincie e riesce infatti il miglior correttivo ai difetti dei manicomi provinciali.

È biasimevole, ma la nuova legge non può condannarlo, l'ospediente

di consegnare i pazzi poveri a speculatori privati. L'Amministrazione provinciale, d'accordo col proprietario od imprenditore del manicomio, fissa la durata del contratto per un certo numero d'anni; accetta di pagare una tariffa per ogni giornata di spedalità goduta dai propri infermi, e assicura all'Asilo di cui si fa cliente l'invio di tutti i pazzi che devono ricevere ricovero o per lo meno d'un numero sufficiente a riempire i locali. Ora, se le Province amministrano male il loro manicomio sia dal lato economico, sia dal lato sanitario, è certo che uno speculatore privato amministrerà assai peggio dal lato sanitario, se non dal lato economico, il manicomio che si trova in suo potere senza alcuna restrizione o garanzia. Non avendo da temere né i reclami di malati incoscienti, né la scioglimento anticipato del contratto, né la concorrenza di concorrenti che non esistono, né l'azione d'un ispettorato veramente serio da parte dello Stato, né la critica del pubblico, né quella dei scontenti Consigli provinciali, l'appaltatore cercherà di trarre dalla sua impresa finanziaria il massimo lucro possibile a tutto danno dei malati. Per una combinazione che non è certo fortuita, io non ho mai veduto tanti cronici, tanti mutati, tanti suicidi, tanti sifilisi e tanti morti quanti se ne trovano in manicomii di questo genere. Il rifiuto sistematico di scarpe, di calze, di giacchette, l'antipatia per i bagni, per i mezzi di riscaldamento, per le medicine, la tolleranza anzi l'attrattiva per la calmosa di forza sono una specialità dei ricoverati poveri che le Province affidano a speculatori; ma una specialità evidentemente artificiale, per non dire maliziosa.

Gli stessi inconvenienti si verificano in quei manicomii che, quantunque pubblici, fanno professione d'accogliere malati da tutte le parti. Ben sapendo che l'affollamento del manicomio è una fonte d'ennesimo risparmio, perchè il maggior numero di malati non accresce le spese generali (medici, infermieri, impiegati, illuminazione, riscaldamento, interesse del capitale), queste Amministrazioni più o meno più non si fanno scrupolo di accettare o d'attirare con l'offa del buon mercato i pazzi di Provincie vicine o lontane che cercano di sbarazzarsene, e con il manicomio si ricapio di ospiti *involuntarii*, che vi stanno in condizioni d'igiene vergognose, come emigranti nelle stive dei grandi piroscafi. Io so d'un'Amministrazione che, per costituire un vantaggioso contratto con una Provincia soporatrice di pazzi e dovendo dimostrare di possedere i locali disponibili, ricorse allo stratagemma di sfuggire momentaneamente almeno 200 dei suoi ricoverati e di trasportarli altrove durante la visita d'ispezione.

Nell'Italia meridionale le Province peccano di manicomio, o sono la massima parte, o nascono tra di loro o gruppi di cinque o sei per creare un manicomio unico. Naturalmente le spese di questi grandi manicomii

interprovinciali sono più tenuti, ma la lontananza dell'Asilo da tutte le Provincie tributarie, meno una, rende malagevole o pericoloso o impossibile il trasporto dei malati nati e separa per sempre dalle loro famiglie i malati cronici. Si aggiunga che la vigilanza sempre pigra, spilorcia o inintelligente delle Amministrazioni provinciali diventa assolutamente nulla sopra questi manicomi lontani. La dipendenza da tanti padroni diversi o dispersi dà ai manicomi interprovinciali un'autonomia senza freno che li trasforma ben presto in case di speculazione. I pazzi, relegati a tanta distanza dal loro paese, dall'autorità che dovrebbe tenerli e dai parenti che per la loro povertà non possono andare a visitarli, finiscono col trovarsi nelle condizioni di trovatelli al berefrotto.

Qualche volta le Amministrazioni provinciali adottano questi miserevoli ripieghi in maniera parziale e tardiva. Non osando vendere il manicomio o affittarlo o rifiutare di costruirne uno nuovo, si « limitano » a non ampliarlo quando la sua capacità risulta insufficiente, e preferiscono inviare altrove i malati in eccesso che vanno così ad ingrassare i bilanci di altre Amministrazioni. Ora, la popolazione d'un manicomio, come la usanza d'un giornale, costa tanto meno (per ogni ricoverato) quanto più cresce, perchè l'aumento delle persone non conduce ad altro aumento di spesa che a quello del vitto e del vestiario, come l'aumento delle copie da stamparsi non implica che la spesa della carta. Le Provincie che disseminano fuori del proprio territorio un certo numero di malati rinunziano ad un beninteso risparmio e si spogliano d'una responsabilità che, per quanto poco sentita, potrebbe influire beneficamente sulle condizioni del manicomio.

L'esperienza dimostra che i manicomi provinciali, se sono talvolta costruiti con lusso di spazio e d'architettura, non godono nè di una buona amministrazione, nè di alcuna attitudine a migliorare, ad ampliarsi, a progredire. Invece è provato che questi pregi si verificano nei manicomi comunali, perchè abbiano il carattere d'istituti pubblici e siano come tali soggetti alla legge delle Opere pie. Ma affinchè non degenerino anch'essi in aziende industriali, la legge attuale non basta. Bisogna che il manicomio autonomo sia richiamato perennemente ai propri scopi di beneficenza e al retto trattamento dei malati da alcune circostanze estrinseche che si possono facilmente realizzare: 1.^a il manicomio autonomo deve aver sede nel capoluogo della Provincia di cui ospiterà i malati e nelle sue vicinanze; 2.^a esso non deve accogliere altri malati che quelli della Provincia in cui risiede. A questo modo l'Amministrazione sempre elettiva del manicomio autonomo dipenderà per la massima parte dal Consiglio comunale del Capoluogo, anziché dalla Provincia, cioè da un'assemblea urbana, aperta all'influenza della pubblica opinione, affezionata ad un Istituto che vive tra le sue mura ed è suo, capace di vigilarlo senza comprimerne la li-

bertà, la forza espansiva e il progresso. Tutti i manicomi d'Italia con sé trovano insuali condizioni progrediscono dal punto di vista sanitario e prosperano dal punto di vista economico. L'Amministrazione autonoma del manicomio trova un freno alle ribellioni intempestive nella necessità di chiudere il suo bilancio annuale senza deficit: ma in pari tempo riceve stimoli incessanti al perfezionamento presso delle istituzioni ospedaliere dal contatto continuo coi medici, con le famiglie dei malati, con l'Autorità provinciale e con posta i suoi servizi, col Comune che l'ha nominata e che è il proprietario reale dell'istituto, con l'opinione pubblica che è sempre desta intorno agli interessi comunali.

Solo un'Amministrazione pubblica che si occupi esclusivamente del manicomio, sorretta dalla simpatia e animata dalla vigilanza d'una popolazione colta e compatta, avrà il modo, il tempo e lo stimolo ad agire, conciliando la flessibilità del bilancio col progresso dell'istituto. Quest'obiettivo richiede un'organizzazione complicata e una serie d'iniziativa quotidiane che non sono nemmeno pensabili senza l'accentramento dell'autorità tecnica e disciplinare nelle mani dei medici. I buoni manicomi danno un largo sviluppo non solo alle colonie agricole, ma anche ad alcune industrie complementari che, giovando all'economia interna, rendono più operosa, più sicura, più piacevole e più dignitosa la vita dei ricoverati promossi al grado di utili collaboratori. Ma la collaborazione dei malati alle industrie interne del manicomio dev'esser promossa, interrotta, ripresa e moderata di giorno in giorno con criteri puramente sanitari: le Amministrazioni non debbono ingerersi, ma limitarsi a cavarne profitto con discrezione e seguendo la massima che a caval donato non si guarda in bocca.

In Italia non mancano esempi di fattorie, stalle, panifici, pastifici, calzolerie, fabbriche di maglie ed altre industrie che si svolgono nella cortina d'un manicomio con vantaggio dell'Amministrazione e con diletto dei malati. Molti manicomi accolgono anche pensionanti agiati, da cui traggono un guadagno molesto e accumulabile a incremento dell'istituto. La presenza degli agiati giova alla classe dei poveri che sono riuniti accanto a loro perchè sbliga l'Amministrazione ad elevare il tenore di vita generale pur di evitare contrasti troppo stridenti. D'altra parte la presenza dei poveri in locali vicini e dipendenti dalla stessa Amministrazione giova indirettamente agli agiati che, malgrado il loro numero assai più esiguo, possono partecipare ai vantaggi d'una grande comunità.

Soltanto queste riforme siano pure e in gran parte già attuata o non presentino nulla di contrario agli interessi materiali o morali dei corpi eletti che governano i manicomi, esse non possono realizzarsi in modo costante, coerente o completo, se non quando e dove i medici illucinati

sono invece della necessaria autonomia. Ora è vano attendere un'azione efficace da parte d'impiegati subalterni, la cui nomina è abbandonata al capriccio delle Amministrazioni, la cui parola è severamente vietata nel seno dei Consigli provinciali, le cui idee sono ignorate dal pubblico, i cui reclami contro l'Amministrazione si arrestano senza risposta nei localisti del Governo centrale.

Per confinare ai medici del manicomio la necessaria indipendenza, bisogna sottrarre all'arbitrio dei Consigli provinciali e tanto più delle Deputazioni la loro nomina. Le nomine di tutti i medici debbono avvenire per concorso; le Commissioni giudicatrici devono essere formate d'alienisti eletti annualmente coi voti dei medici addetti a tutti i manicomii pubblici d'Italia; e il verdetto della Commissione dev'essere inappellabile. All'alienista si apre allora così una carriera non provinciale o comunale, ma nazionale, come negli impieghi dello Stato. Questa nazionalizzazione della carriera permetterebbe una larga e illuminata scelta dei medici più colti, una serie di rapide promozioni con eventuale cambiamento di residenza per il promosso l'accetta, l'equiparazione degli stipendi nei vari gradi, la reversibilità delle pensioni da un bilancio provinciale all'altro, o l'emancipazione dei medici dalla tirannia, per non dire dei ricatti, dell'autorità amministrativa. Oggi invece le nomine non avvengono quasi mai per concorso; se si bandisce il concorso, è l'Amministrazione che chiama commissari non per la loro transigenza; e alla più disperata non si tiene alcun conto del loro giudizio. Così le Province possono, se vogliono, abbassarsi una razza di alienisti locali e illiterati, dai cui progetti non avverrà mai che siano disarticolate della loro biologia immobilità.

Concludendo, la carriera degli alienisti dev'essere nazionale; l'amministrazione dei manicomii dovrebbe essere autonoma, ma pubblica o possibilmente sotto l'egida di grandi Comuni urbani, come avviene anche adesso in molti manicomii d'Italia che costituiscono Opere pie di beneficenza «d'hanno sede nel Capitolo della Provincia; quanto al mantenimento dei pazzi, è bene che continui a gravare sui bilanci provinciali, almeno finchè esistano le Province. Che le Province siano esonerate dall'amministrazione dei manicomii, ma paghino: è la sola cosa che sanno fare. E d'altra parte esse sono divise in modo, che sembrano create apposta per albergare ciascuna un manicomio: s'intende un manicomio abbastanza popolato per consentire un'amministrazione economica, e abbastanza centrale per non riescire scomodo agli abitanti più lontani. Infatti l'Italia è divisa in 69 Province con una popolazione media di 500,000 abitanti ciascuna: si dovrebbero dunque costruire 69 manicomii e, in ragione di 2 pazzi per ogni 1000 abitanti, 68,000 ricoverati, cioè 1000 in media per

ciascun manicomio. Libere naturalmente le Provincie più popolate (ve ne sono 5 con 1 milione o più d'abitanti) di accentrare i propri alienati in un manicomio più vasto o di dividerli in due manicomî, se il territorio presenta difficoltà di comunicazioni.

Tenendo calcolo di tutto questo, è sperabile che cessi l'antagonismo finora così vivo tra le Amministrazioni pubbliche, che vorrebbero lo sfogo o il regresso o la liquidazione dei manicomî, e gli alienisti conscienciosi che ne propugnano il progresso con vigore di propositi, ma con povertà di forze. Il trionfo sicuro di queste forze nascenti opererà la trasformazione completa dei manicomî in ospedali, degli alienisti in medici, della psichiatria in scienza clinica.

INDICE ALFABETICO

A

distaliti; ancone corrodente, 280.
Accesso: apoplettici, 435, 436; apoplettiformi, 364, 365, 387; epilettici, 280, 425, 432 e seg.; patogenesi dell'area epilettica, 574; epilettiformi, 364, 387; intericti, 574; jacksoniani, 385, 426; abbinamento apoplettico, 286; nell'alcolismo, 289; nell'area, 329; nella epilessia infantile, 426; nella sif. cerebrale, 443 e seg.
Accidua, 136.
Aceto, 188, 128, 289, 290.
Aerofagia, 555.
Affluenza, 540.
Alfa: gasteria 168, 425, 442; leucitaria, 362; mielitis cerebrale, 168, 445; nei vericilli, 225; cerebrale cerebrale, 168, 442; nell'area, 329; transcorticale o idio-cerebrale (Prinos), 190; mnestica, 190-171; sistemica del poliglott, 172.
Affettività: nella genesi della idea ossessiva, 128; ruscita affettiva, 185; nella genesi delle convulsioni parossiche, 191; curati patologiche, 180-186; nella vecchiaia, 190, 431, 434; psicosi affettive, 432-436; nella classificazione delle mal. mentali, 227; atossia affettiva, 549; negli epilettici, 562; nei dementi precoci, 592, 594; nel caso d'alcolismo, 643; negli insensibili insensibili, 657; negli imbecilli, 705, 715.
Alfosa, 280; letargia, 280.
Alfaga, 275.
Agnesia: nei centri nervosi, 64; nelle cerebropatie infantili, 305, 441; delle macole mnestiche, 163; dei sentimenti etici, 657.
Agnesia, 372, 532, 538.
Agrosia, 136, 504.
Agrafia, 568; del dettato 171; nel copiare, 171; per lesioni distruttive e per lesioni vascolari, 232.
Agromatismo, 175, 375.
Akrosta alga, 352.
Alala, 328.
Alcolismo, 289-290; cause, 47, 52, 282-285; diffusione e distribuzione, 285, 286; abbinamento, 287, 288; sintomi dell'ale-

colismo, 290-296; delirio di gelosia, 297; del affannoso e demenza, 297; delirio tossico, 295, 298; patognomici, 297, 298; anat. patologica, 298-301; cura, 301-303; profilassi sociale, 295, 304; convulsioni, 296; facies patetica, 296; pseudo-paralisi degli alcolisti, 295-297; e immunità costituzionale, 655.
Alma, 166; ad alta voce, 171.
Alpina, 211, 462.
Alpina elettrica, 231; negli imbecilli, 504-505.
Alpina: come causa di puerco, 30.
Alpina, 167-128; area, 119-125; al-
 l'analisi psichica e pseudo-alli-
 namento, 127, 128, 388; congenita, 120;
 combinata, 121; nei sogni, 122; d'ori-
 gine periferica, 125; nell'area del-
 l'orbita, 124; nel delirio tossico, 295;
 nell'area, 315; nell'area, 328;
 nella paralisi progressiva, 377, 399; il-
 lausi acuti, 434; elementari nell'area
 epilettica, 555; negli epilettici pre-
 trati dell'epilessia, 557; nella demenza
 precoce, 597, 598; nell'ipostasia per-
 sonale, 600; nel parossismo, 628.
Alpina, 612, 643.
Amnesia, 557; affilia amnesia di
 Sachs, 117.
Amnesia, 557.
Amnesia, 313-327; cause, 36, 324 e seg.;
 delirio acuto 36, 324, 325; sistemi, 314-
 322; analisi patologica, 30, 322 e seg.;
 diagnosi differenziale con la mania, 316;
 cura, 327; amnesia amnesia, 328, 329.
Amnesia, 188, 222 e seg.; 369, 375, 376.
Amnesia, 286, 287, 288.
Amor greco, 214; tedesco, 216.
Amnesia, 598; centro per l'ossessione di
 sessa straziante, 28.
Anafrodisia, 338; con iorta a malinconia,
 341, 342.
Analgesia, 429; termica nell'alcolismo,
 289; nell'area amnesia (stupore), 317;
 del terzo stato, 377; negli insensibili,
 655.
Anarzia, 226-372; negli abbinati, 238.
Anarzia patologica, 19; della mielitis
 cerebrale in genere, 37-46; della pellagra,
 278; dell'epilessia cronica, 299; della

umore, 322; dell'ansietà, 329; del crepuscolo, 330; del risveglio, 349; della paralisi progressiva, 388-390; della schizofrenia infantile, 439; della demenza senile, 438; della sindrome peribulbica, 445; della sclerosi a placche, 450; dell'epilessia, 573; della demenza precoce, 7615.

Anestesia, 445; nell'alcolismo, 289; al freddo, 490; al dolore, 387; faringea, 339, 344; coeliotomica, 538; analgica, 377, 479, 653.

Anestrosi pallidi, 20, 88.

Angina pectoralis, 682, 468; deliria anginoso, 539; pseudo-angina di pectus, 539.

Anisometropia, 5, 472 e seg.

Anisometropia degenerativa della retina, 257 e seg.; sotto forma d'infiammazione, 49; per vertigini osseali, 428; instabilità costituzionale, 444; parietale, 688; infarctica, 703.

Anossia isterica, 538; endossolite, 468.

Anosmia, 532, 538.

Apatia, 284, 698; assenza istintiva, stupore istintivo, 317; forma apatica della paralisi progressiva, 529; nell'idrocefalo, 113, 614; nella fase cronica della demenza precoce, 698.

Apnea, 568, 443.

Artrite, 117, 119.

Arteriosclerosi cerebrale, 88; nei atrofici, 436; precoce e posturale, 436, 438; degenera, 436; danni costituzionali, 441; rapporto con la dilatazione nervosa, 519.

Artiglio e griffe cutanee, 523.

Ascesso cerebrale, 33, 71, 419.

Asimmetria del cranio, 50, 81, 421; del cranio e della faccia, 563, 568; nella idrocefalia, 760.

Aspirazioni, 267.

Associazioni: realtà associative nella psicosi senile, 12-26, 28-31; leggi psicologiche dell'associazione, 120 e seg.; principio della corrispondenza (Reich), 200, 141; rapida, 133; rallentamento, 134; cronica, 142; fantastica, 152; talia delle idee, 315; sistematizzata (nei vecchi), 438; nei senili, 475; per associazione, 476; affinità elettiva per le immagini logiche, 439; allo stato quieto nelle ossessioni, 549; parossistica, 522, 534; sistematizzazione parossistica del delirio, 444, 681; trasformazione del delirio, 445, 685.

Atasia-afasia, 532.

Asterognosia, 129.

Attenzione: negli alcoolici, 280; 285, 297, 302; marasma, 298, 305, 307; sessuale (maschi e femmine), 620.

Atrofia: nei occhi chiusi nei pellagrosi, 278; metastatica nell'asma, 315; del me-mentoideale nei parafrenici, 307; gastrica, 372; affettiva, 510; varietà atrofica dell'ataxia-afasia, 532.

Atrofia, 424; esaltata, 421; doppia, 422.

Atrofia: delle cellule nervose, 82, 82, 85, 293, 300, 410, 577, 612; atrofia, 96,

421; arteriosclerotica del cervello (Artemis), 458; atrofia secondaria nei centri nervosi, 12, 81, 72; del corpo ottico, 424; lenta e diffusa degli elementi nervosi (senilità), 445.

Atterazione, 130; aspettante, 134, 479; nei parafrenici progr., 329; nella diagnosi differenziale tra idioti e imbecilli, 413; negli tubercoli, 709.

Aura: epilettica, 161, 532, 553; nell'epilessia jacksoniana, 305; getosa, 555, 560; isterica, 555; ipertensiva, 555-557.

Auto-ossessioni: loro posto nella classif. delle mal. mentali, 257; nell'ansietà, 328; cronica, 328; nella paralisi progressiva, 387, 388; nell'epilessia, 572, 573; per insensibilità, 43, 14.

Automatismo, 168, 229; parola automatica e parola modificata, 29; nei movimenti ed atteggiamenti, 425; nell'epilessia, 560; fughe automatiche, 559; associate nella demenza precoce, 688, 692; memoria automatica degli imbecilli, 709.

Automatismo, 173.

Avvenimenti, 31; professionali, 47; azioni sulle cellule nervose, 75, 81; loro posto nella classif. delle malattie mentali, 257.

B

Bambino: stato di, 257.

Balboia: ossessiva (Cherchez), 137; co-positiva, 258; negli imbecilli, 714.

Barbarie: e puerili, 44; nella cura dell'isterismo, 515; nel trattamento dei pazzi, 724.

Baxton: storia di, 354-356; cura, 357 e seguenti, 359; frenite haustorica, 536; nella paralisi progr., 355.

Bismarck (soggiungimento), 263.

Bethshandhaus (clandestina), 527, 475; metodo di Wm. Mitchell, 556.

Bista, 228.

Bola isterica, 633, 537, 539.

Bombocella, 99.

Bradilalia, 228, 227, 375, 420, 564.

Brillio, 231, 232; nella pellagra, 209; nella paralisi progressiva, 378; nel melanconico, 498.

C

Callosità pellagrosa, 271; confluenza, 308; simmetrica, 309; psichidermia, 314.

Calificazione di casi cerebrali, 88.

Callosità isteriche, 525.

Campo visivo, 317.

Carattere: nella genesi delle idee ossessive, 128; secondo il temperamento, 180; nelle varie età, 182; metamorfosi, 180; classificazione di Emsw, 191; nella genesi delle convulsioni paranoiche, 191, 192; sue alterazioni per tratti, 35, 192, 441; alterazioni diverse, 192, 196; nei vecchi, 193, 434;

-epilettico, 194, 361; malattie mentali limitate al carattere, 189, 252, 253, 641 e seg.; degli alcoolisti, 291; dei morituri, 307; dei suicidati, 312; dei paralitici, 339; delle isteriche, 334, 548 e seg.; degli isterici, 625; degli imbecilli, 641 e seg.; dei pazzeschi, 609; degli idioti, 705.
 Carcinoma cerebrale, 72.
 Cause di salute: per alcoolisti, 305; per berberici, 310; per melanotici, 475, 476; per epilettici, 562.
 Castoreo, 548, 602; come pratica religiosa, 671-672.
 Cataplessia, 305; soggiogamento morale, 203.
 Cataplessia, 204, 548 e seg., 561 e seg., 599; nella melanotia, 466; diversità dagli soggiogamenti passionali, 525; assomiglianza di disvelia (morituri) degli anni, 208.
 Cause delle malattie mentali, 32-56, 753 e seg.; interne, 41 e seg.; somatiche, 32-38; psichiche, 2, 30 e seg.; sociali, 41 e seg.; distinte, 47-49; degenere, 49 e seg.; ereditarie, 52 e seg.; classificazione etiologica delle malattie mentali, 257; per le singole malattie mentali e i singoli capiti.
 Cerebrale, 380; parziale, 327; sperimentale di Huxham, 537, 538.
 Cerebro, loro peso: totale nell'uomo, 29; nei cani, 75-80; subacuto, 85; cronico, 82, 83; cronico a distanza per lesioni dell'istmo, 77 e seg., 84, 85, 278, 286, 324, 325, 445; atrofia, 81, 82, 83, 389, 405, 410, 578, 645; divisione, 39-43; postdivisione funzionale, 36; pignone di glio, 82, 83, 389; la cronologia, 75 e seg.; sito e peso, 81, 253, 389, 392 e seg., 410.
 Cerebro, glomerale di Linnæ, 38, 39, 390.
 Cerebri, 102-104; in rapporto all'anima e al carattere, 191; perturbazioni istemiche, 185; zona istemica, 325; encefalo e midollo per morituri, 307; encefalo postale, 384; midollo paritico, 385; stato generale dei neurasteni, 308.
 Cerebri psichici, 11 e seg., 28 e seg.; generici e malateralità, 19; formazione del centro della eloquio, 97, 98, 99; nel meccanismo delle allucinazioni, 110-116; bersaglio più esposto al processo di aschroptia infantile, 405; depositi di rappresentazioni, 28; come atre ultracognitive del presente; i studi ideocronologici, 100; loro esistenza nel fenomeno delle pseudo-allucinazioni, 127; somatici, 103.
 Cerebroscopia degli adulti, 129-431; fenomeno serio, 430; sue varietà cliniche, 425; suo decorso, 430; sua anatomia patologica, 428 e seg.; sua patogenesi, 431; emorragie, embolia, trombosi cerebrale, 432; affezioni cerebrali, 434; tumori cerebrali, 435; sclerosi a placche, 436; infarti al capo, 436.
 Cerebroscopia infantile, 104-426; lesioni speciali, 48; nella classificazione nosologica, 254, 255, 257; etiologia, 407; anatomia patologica, 409, 412; sistemi e forme cliniche, 412 e seg.; forme emiplegiche, 421; diplopie, 422; complicazioni comuni alle due forme, 424; cura, 427, 738.
 Cerebroscopia, 309.
 Cerebroscopia, 5; atti di clinici, 27.
 Chiamata degli elementi nervosi, 37-41; insieme nei normali e in alcuni altri, 348.
 Chiodo istemico, 325, 540.
 Chiodo, 54.
 Circolo (psichico), 180-206; per cambiamenti organici legati all'età, 38; in rapporto alla cronologia, 104; varietà circolare della paralisi progressiva, 389.
 Cisterna cerebrale, 73.
 Cisterna cerebrale, causa di paralisi, 45, 46; strappato psichico e aschroptia cerebrale come causa di morituri, 348; come ambiente favorevole alla istemia, 542; nel diritto penale, 416, 447; rivista e atti, 490; cultura malitiosa e istemica della civiltà, 531 e seg.
 CLASSE (colore di), nella pellagra, 271, 275; nell'alcoolismo cronico, 301; nell'asma, 324.
 Classificazione del carattere, 181, 189, 191; delle malattie mentali, 259, 260; di Esquirol, 245; di Guenou, 245; di H. A. Moreau, 244; di Kraepelin, 245; di Moreau, 247; di Knappe, 248, 249; classificazione sistematica in questo Trattato, 253, 260.
 Claustrale, 128.
 Claustrale, 309, 388.
 Claustrale (Arbitrarietà), 327, 475.
 Claustrale, 312.
 Claustrale, 312.
 Claustrale di affetti, 409, 729.
 Claustrale per tumore cerebrale, 449; epilettico, 126.
 Claustrale, 291, 308; degli istemici, 542; dell'età, 548 e seg.; dei paronotici, 609.
 Claustrale mentale, 154, 156, 157; nella pellagra, 271, 272; nell'asma, 314 e seg.; nella paralisi progressiva, 365; sintomi anormali nella demenza senile, 334; nella affezione cerebrale, 445; nella zona della massa epilettica, 538; nei casi di tumore cerebrale, 449.
 Claustrale psichico (per istemici), 41; nell'età mentale, 47; di padre in figlio, 52; nell'istemia e in forma epilettica, 542; epistola religiosa in Russia, 671 e seg.; degli idioti come fallere di psichologia istemica, 710.
 Claustrale, 238; tumore pellagroso, 269, 270; nella paralisi progressiva, 365; tipo psichico della paralisi progressiva, 365; rigida generale nei claustrali infantili, 422, 423; nell'istemia, 534; involontaria nella istemia, 387.
 Claustrale sbagliato nei normali, 641.

Cerebroscopia infantile, 104-426; lesioni speciali, 48; nella classificazione nosologica, 254, 255, 257; etiologia, 407; anatomia patologica, 409, 412; sistemi e forme cliniche, 412 e seg.; forme emiplegiche, 421; diplopie, 422; complicazioni comuni alle due forme, 424; cura, 427, 738.
 Cerebroscopia, 309.
 Cerebroscopia, 5; atti di clinici, 27.
 Chiamata degli elementi nervosi, 37-41; insieme nei normali e in alcuni altri, 348.
 Chiodo istemico, 325, 540.
 Chiodo, 54.
 Circolo (psichico), 180-206; per cambiamenti organici legati all'età, 38; in rapporto alla cronologia, 104; varietà circolare della paralisi progressiva, 389.
 Cisterna cerebrale, 73.
 Cisterna cerebrale, causa di paralisi, 45, 46; strappato psichico e aschroptia cerebrale come causa di morituri, 348; come ambiente favorevole alla istemia, 542; nel diritto penale, 416, 447; rivista e atti, 490; cultura malitiosa e istemica della civiltà, 531 e seg.
 CLASSE (colore di), nella pellagra, 271, 275; nell'alcoolismo cronico, 301; nell'asma, 324.
 Classificazione del carattere, 181, 189, 191; delle malattie mentali, 259, 260; di Esquirol, 245; di Guenou, 245; di H. A. Moreau, 244; di Kraepelin, 245; di Moreau, 247; di Knappe, 248, 249; classificazione sistematica in questo Trattato, 253, 260.
 Claustrale, 128.
 Claustrale, 309, 388.
 Claustrale (Arbitrarietà), 327, 475.
 Claustrale, 312.
 Claustrale, 312.
 Claustrale di affetti, 409, 729.
 Claustrale per tumore cerebrale, 449; epilettico, 126.
 Claustrale, 291, 308; degli istemici, 542; dell'età, 548 e seg.; dei paronotici, 609.
 Claustrale mentale, 154, 156, 157; nella pellagra, 271, 272; nell'asma, 314 e seg.; nella paralisi progressiva, 365; sintomi anormali nella demenza senile, 334; nella affezione cerebrale, 445; nella zona della massa epilettica, 538; nei casi di tumore cerebrale, 449.
 Claustrale psichico (per istemici), 41; nell'età mentale, 47; di padre in figlio, 52; nell'istemia e in forma epilettica, 542; epistola religiosa in Russia, 671 e seg.; degli idioti come fallere di psichologia istemica, 710.
 Claustrale, 238; tumore pellagroso, 269, 270; nella paralisi progressiva, 365; tipo psichico della paralisi progressiva, 365; rigida generale nei claustrali infantili, 422, 423; nell'istemia, 534; involontaria nella istemia, 387.
 Claustrale sbagliato nei normali, 641.

- 70) delirium, 143-148; nella cosidella del puerperio, 689; apoteosi degli imbecilli, 710; nella melanconia, 462, 463; orrendo tentativo di curare nei pazzi (paranomia adfermativa), 176.
- Contralesioni: nell'alecosismo, 290; nella paralisi progressiva, 363; nelle epilepsie infantili, 119, 423, 428; nell'idurismo, 325 e seg.; nell'epilessia, 532, 533.
- Coprolagia, 211.
- Coprolalia, 528.
- Corea, 422; nell'idurismo, 528; delirica, 129; infantile, 529.
- Corna d'Ammonio, 376.
- Corpi callosi: lesioni, 65.
- Cornea corneale: sviluppo embriologico, 12-18; differenze di struttura nei vari territori, 20, 22; lesioni elementari, 74 e seg.; accompagnio degli strati corneali, 392.
- Costanza: sue condizioni anatomiche, 23-25; sindromi e incoerenza, 155; sviluppo, 170, 171, 145; capta, 156, 185, 463, 467; negli epilettici, 558 e seg.; stato primo e stato secondo, 194, 195, 345.
- Coditismo parietale, 483.
- Crono degli scrittori, 251.
- Crono: alterazioni = anomalie, 31-34; nei deliriosi, 322; nella paralisi progressiva, 390; negli imbecilli (43, 130 e 132), 704, 705; impaurimento, 402, 429; anormia, 425; plegiocortale, 50, 19, 143, 368, 705.
- Crochitis, 150, 176, 388, 705.
- Crochismo: callosità, 317, 314; sinistri, 327 e seg.; anatomia patologica, 339; etiologia, 47, 343, 344; patogenesi, 347; cura e profilassi, 345; crochismo squallido, 353, 314-335; patogenesi, 348; anatomia patologica, 349; cura tiroidea, 350; risultati tipici della cura, 354 e seg.
- Crochismo: lesioni con cui si associa, 70-84, 275, 384, 382 e seg., 493.
- Crochismo: malgrado come causa di malattie mentali, 36; alterazioni nei pazzi, 55; ipertrofia, 39.

D

- Decemio (piaghe da), 35, 378; cura preventiva, 403.
- Definizione, 150.
- Deficienza mentale / 170; senza prevenzione, 165 e seg.; con pervertimento imbecillità, 701 e seg.
- Degenerazione: delle fibre nervose, 81-86; nella pellagra, 273; nell'alecosismo, 381; impauriti nell'anima, 324; nei fasci degenerativi e radicali del cervello, 384; nelle encefalopatie infantili, 412.
- Degenerazione psichica, 418 e seg.; stigmi degenerativi, 43-50; teoria di Morel, 71; rapporti con l'idurismo, 36, 74, 361; assolute degenerazioni o loro posto nella storia delle malattie mentali, 257 e seg.; negli imbecilli imbecilli, 29; negli imbecilli, non negli idioti, 412-417; negli epilettici, 561; con l'etiologia della degenerazione, 530; i suoi effetti, 724.
- Dell'epilessia: in rapporto alla degenerazione, e all'epilessia / 30; in rapporto alle condizioni sociali, 51; come fenomeno psichologico / 184; passionale, 198; e immobilità costituzionale, 441 e seg.
- Delirio: sistemizzazione, 143; di persecuzione, 144, 683, 683 e seg.; rancore, 153; di grandezza (ambizioso), 144, 147, 683; religioso, 144, 687; ipercritico, 144, 147, 302, 343; erotico, 144, 689; di profezia, 145; pseudo-scientifico, 145; dei querelanti, 145, 186, 212, 481, 689, 690; con esaltazione della personalità, 145; di colpa, 149; febbrile, 50, 154; di gelosia, 213; allucinazione degli alcoolisti, 263; autoritario e di parità, 213; superomale, 689, 691.
- Delirio acuto, 35, 222, 314, 324 e seg.
- Delirium tremens, 273, 285 e seg.; nel manicomio, 305.
- Demenza: sindrome (Hannoverian), 147; pellagrica, 272; parietale, 337; infantile (danza degli idioti), 417; epilettica, 367; cronica, 689; verbale, 689.
- Demenza epilettica, 154, 426; risposondibile, 225.
- Demenza precoce (resuma), 383-412, sistema, 388 e seg.; demenza, 600; cause, 383, 412; cura, 416; dialettica, 481; eredità, 412; cura, 412; pseudo-allucinazioni, 147; deliri paranoici, 148; incoerenza del carattere, 148; assiduità del sistema, 207.
- Demenza senile, 130-142; varietà clinica, 433; demenza, 436; diagnosi differenziale, 437; anat. patologica, 438-441; patogenesi, 441; cura, 442; lesioni di distruzione perivascolare, 438-439; anomalie del pignolo, 439; glione senile e perivascolare, 440.
- Democratizzazione chimica, 201.
- Depressione sentimentale, 171, 176, 181 e seg.; sue alternative con l'alecosismo, 180; espressione minima, 218 e seg.; 419 e seg., 420; senza incidenza nella pellagra, 272; nella encefalopatia infantile, 388; nella encefalopatia infantile, 411; nella melanconia, 458 e seg.; nella mania, 490; nella parità circolare, 689; negli epilettici, 557; appartenendo ai demisti precoci, 564; negli imbecilli, 708, 715.
- Derivazione, 689.
- Determinismo, 689; melanconia, 731.
- Diatosi, 47-49; melanconica, 456; mania, 459; d'insensibilità psichica (nei pervertimenti), 307; nevrosistica, 510; antipsicologica, 513; di costanza, 532.
- Difesa, 146-149, 145.
- Dinamismo: nel manicomio, 308; nell'alecosismo, 221; nella par. progressiva, 478; nella cosidella, 431.
- Diploia, 322 e seg.
- Diploia infantile, 333.
- Diprosia, 188.

Diaframma, 226, 372, 424, 564.
Diafragma, 229; intercostali, 229; medio-
gini, 229, 230, 687.
Diagnosi, 212.
Dignità, 233.
Dimorfismo, 126, 193, 368.
Disorientamento, 153, 314, 399, 423, 443,
562; per lesione mnemonica, 154.
Distonia; nella pellagra, 208, 269.
Distorsione, 31.
Dolore: sensibilità dolorosa, 334; esperi-
enza critica, 219 e seg.; nella so-
lancella, 468 e seg.
Dolore delirante, 143; follia del dolore,
126.
Dura madre: alterazioni in genere, 30;
nell'alcolismo, 289; nella demenza se-
nile, 426.

E

Echografia, 88, 131, 563 e seg.
Echografia, 448, 633.
Echinococco cerebrale, 73.
Eclampsia, 424.
Ectasia, 205, 267.
Ectropia, 265, 267.
Ectasia dei vasi cutanei: nell'alcolismo,
291.
Edema: isterico, 531.
Edema idiopatico del cervello, 69.
Edematoso, 184, 268.
Elettroepilepsia (corra elettrica), 329.
Encefalite, 536, 539.
Encefalopatia, 30; omocoma, 424, 426.
Encefalopatia totale: senza fenomeni par-
ziali, 421.
Encefalo, 421.
Encefalopatia infantile, 412, 415, 421; bi-
laterale, 417, 422; bilaterale spastica, 423;
emiparosa, 425; encefalopatia del vecchio,
433; lesione di disintegrazione cerebrale,
76, 77, 426 e seg.
Emorragie: come causa di pazzia, 33, 35.
Emorragie cerebrali, 69, 411, 423, 442.
Emozioni: nella patogenesi delle mal-
mentali, 37-42; loro fisiologia, 179; pa-
tologia, 188, 189.
Emolliente: emorragico, 68, 73; emolliente-
emolliente, 63; acuta, 411; seppelliva
tossico cerebrale, 71, 74; subocclusiva
acuta, 426, 430.
Emolliente: loco posto nella simu-
lazione delle malattie mentali, 257.
Emorrea, 226, 557.
Epidemia: gravissima, 72; nella paralisi
prog., 201, 291, 395; nella demenza
senile, 429; nell'epilessia, 576.
Epilessia: rapporti con la delirazione,
la degenerazione, il pazzo, 56, 57, 109;
sua epilettica, 108, 522, 555, 569; come
159; accessi, 280, 429, 552 e seg.; dis-
tinzioni, 416, 564; accessi parziali, 555;
accessi epilettici, 361, 387; patoge-
nici, 566 e seg.; forme cliniche, 414; de-
scende, 555-579; crisi di tutte le an-
dromie epilettiche, 367 e seg.; cura, 379;
anatomia patologica, 379-529; epilessia
prognostica, 532, 569; descrizione ana-
tomica, 534-562; epilessia alcolica, 289;

Epilessia: essenziali nella demenza senile
e nella par. progressiva, 326; morbose
nell'isterismo, 529 e seg.; deliranti nel
degenerato (in realtà casi d'accessi),
203, 204; d'insanguinamento nella tuber-
colosi e nella pazzia, 484; di depressione
nelle stesse pazzie, 472; della demenza
precoce, 454; nervosismi, 443.
Equivalenti (nell'accesso epilettico), 554,
556; loro mancanza nell'epilessia dei
cerebropatici infantili, 426.
Eredità, 52-56; rigenerazione (come co-
cettiva dell'eredità morbosa, 56); nel-
l'insanguinamento, 203, 202, 424; nell'isteri-
smo, 344; nell'epilessia, 566, 567; nella
demenza precoce, 412; dell'immortalità
costituzionale, 662; tubercoli di rima,
702.
Ereditarietà, 126, 569.
Ergonomia, 43.
Ergonomia, 186.
Eritema pellagroso, 208, 269.
Eritema: nei vecchi, 427; delirio eritema,
490; negli insanguinati, 707.
Essenzialità costituzionale, 185 e seg.;
come fattore di spensamento, 171; una
alternativa con la depressione, 180;
nella paralisi prog., 361; nella ma-
nia, 474; espressione critica, 226, 475,
480; negli insanguinati, 708, 715.
Essenzialità, 168; pazzia da, 176.
Essenzialità, 214.
Espressione critica, 197, 708; anormale,
219-226; forma, 564; di stupore, 569,
611; di concentrazione catatonica, 588,
589; di dolore fisico, 593; ostentata o
comata, 595; allucinazione, 596, 598;
paranoidale, 600; nei vari stadi della de-
menza precoce, 603; meravigliata, 704;
d'insanguinamento, 707.
Essenziale: crisi nell'epilessia essenziale, 576,
586-577.
Etiologia: come causa proporzionale di pazzo,
48; il carattere nelle varie età, 182;
anatomia della lesione relativa, 423;
nella demenza precoce, 403; nella
demenza senile, 432; nella demenza
precoce, 432.
Etiologia, 71.
Etiologia, 47.
Etiologia: nei centri nervosi, 61; dei
pellagrosi, 274.
Etiologia, 177, 179; nella pseudo-paralisi
pellagrosa, 255; origine storica della
pazzia, 265; morfologia, 306, 307; parali-
tica, 391, 576; ostacolo nella cura, 402.

F

Familiari (forma): di cerebropatia (idioti-
smo), 415.
Fascia, 552; negli alienati, 192; nei
primitivi, 613; negli insanguinati, 711, 712.
Fatica: dei centri nervosi, 37-42; dei
nervi, 46-47; dei muscoli, 41; senso della
fatica, 189; reazione mistica nei ne-
vrosismi, 426; una origine nella co-
noscenza, 518.
Favella, 226; parola scardita, 257; osmi

- cuticoli, 29; reggesi della fantasia
e contemporanei ideali, 417; balbuzie,
417, 228, 714; avarizia, 226, 298, 372;
Gomorra, 229, 322, 428, 504; affetto, 108,
171, 375, 328, 329, 384, 423, 442.
Fabbre: nella pellagra, 259; nel delirium
tristans, 296; nell'amauro, 320; nella
paralisi progressiva, 306; nell'encefalo
infantile, 421; isterico, 331; nelle crisi
epiletiche, 455; presso l'assenza di feb-
bre nel puer, 728.
Fagani: alterazioni nei pueri, 55; nel-
l'alcolismo, 291.
Fellousa, 215, 637-648.
Fibre nervose: loro lesioni in generale,
84-86; come organi di conduzione so-
prama, 89, 90; come organi di con-
duzione intermediari, 165; affetti per
dissociazione, 172, 174; nella pellagra,
374; degenerazione primaria nell'a-
mauro, 734; nella paralisi progr., 289,
394; degenerazione sistemica delle
fibre tangenziali, 398, 400; dei fasci
piramidali e dei cordoni posteriori, 397;
nelle cerebropatie infantili, 432; metodi
di valutazione, 38.
Fibre, 133-143, 225, 341-353; ossessivi
nell'isterismo, 343; nell'ossessione ner-
vistica della paralisi progr., 362, 314.
Fissolito: lesioni circoscritte del cervello,
40; parietali, 65; e necrosi, 65;
d'origine evolutiva, trasmissa o pro-
pagata, 68-73; come causa d'amauro,
171; nella capsula interna, 376; essen-
ziali nella paralisi progr., 387; nel
deterioramento dell'encefalo cerebrale,
409; loro importanza caratteristica in
tutte le cerebropatie degli adulti, 429,
432, 433, 441, 443, 451; nell'epilessia,
458 e seg.; nella diagnosi differenziale
tra epilessia corticale e par. progr., 389.
Fissoliti: nel risultato dei melanocisti, 42;
loro funzione nell'area dello ipocampo,
236, 247.
Fissoliti: affetto ottico, 173.
Fogher: nella demenza greco, 504; as-
similazione degli epilettici, 350; dei ma-
latici, 729.
Foglie del mais, 261, 304, 267.
Furor, 387, 227; nell'alcolismo, 283;
nella par. progr., 363; nell'amauro
del tipo melanocistico, 406; improprio
nell'alcolismo, nell'epilessia, nel-
l'Alzheimer, 481; nella mania pe-
tillante, 489; nella sindrome epilettica, 538;
negli imbecilli, 710, 713.

G

- Gelo: ossessione catastrofica, 12, 13;
crisi di dissociazione, 618.
Gelo (organo): alterazioni nei pueri,
86; nei eretici, 238; nel melanoma,
378; alcune localizzazioni nella nevro-
matia, 420; loro funzione nelle isteriche,
538.
Gelo, 618.
Giacca, 53.
Giacca, 71.

- Giacca, 71.
Giacca: militare, 87, 449; postacolare,
449; sottopendiciale, 13, 201, 384, 395,
429, 376; diffusa, 73, 304, 405, 411; e
melanoma virtuale, 419; intorno ad
una lesione di dissociazione, 72; equi-
librio, 88, 476, 477.
Gelo (isterico), 325, 335, 339.
Giacca (melanoma), 73; meningite greco,
443; giacca e luteo 443, 447.
Giacca, 38.
Gelo (melanoma), 73.
Giacca, 181, 340.
Giacca: lesione, 157; una ma-
lattia sistemica nel melanocisti, 220;
essenziale del parietale e del callosale,
262, 411; della paralisi progressiva,
284; della melanocisti, 478 e seg.; tem-
poraria, 604; della demenza greco,
604 e seg.; con lesione relativa, 617;
sua ricorrenza nella paralisi progressiva,
481; della paralisi, 602.
Gelo, 208; alterazioni nella pellagra, 289;
giacca, 212, 338; alterazioni quan-
titative nella par. progr., 377.

I

- Ideologia (eretica): 713; particolarismo, 215.
Ideo: psicologia normale dell'educazione,
128-132; psicologia, 132-136; rapida,
133; idee parietali, 155, 165; idee co-
muni, 135-143; quantità, 145-150; ex-
cessive, 149; encefaloma, 153-155.
Ideologia (eretica), 404-428; diagnosi
differenziale con l'Alzheimer (psen-
tismo), 406, 413, 417, 34, 35; nella clas-
sificazione nosologica, 245, 257.
Ideologia, 30, 41, 85; contrasto psene-
gico con la nevrologia, 148, 411;
esterno nella demenza senile, 428; nella
paralisi progr., 387.
Ideologia, 167, 175; psenegetica, 133,
478; nel demenza senile, 434; nel ma-
latico, 479.
Imbecillità, 710-723; aspetto degli imbe-
cilli, 702; origine degenerativa, 703; sen-
sibilità, 704; affettiva, 710; intelli-
genza, memoria, attenzione, 709; fun-
zia, 711; movimenti, 712; psenegetica,
713; varietà cliniche, 715; sociale, 140;
nella classif. nosologica, 250, 257; dia-
gnosi differenziale con l'Alzheimer, 406,
413-417; eredità, 33.
Imbecillità: nelle malattie (eretiche), 34;
nel melanoma, 389, imbecillità nella
isterismo, 525, 547; talenti d'imbecillità
negli imbecilli, 708; nelle eretiche re-
ligiose, 710, 711.
Imbecillità costituzionale (paralisi senile),
611-617; criterio «tipo» nella diagnosi,
613 e seg.; evoluzione del concetto no-
sologico, 618 e seg.; manifestazioni cli-
niche, 620 e seg.; trattamento, 661 e
seg.; sua incomparabilità con la tesi del
libero arbitrio, 394; per lesioni del
cervello, 415; ereditarietà, 417.
Imbecillità, 137, 138, 218, 338, 378, 627;

- per ossessione dei nervosismi, 312;
per preconcetto, 636, 638.
- Impulsività**: del maniaco-depresso, 446; del maniaco, 428; degli epilettici, 517; nei neurasteni impulsivi, 337, 341; rapine, 156, 383, 463, 465.
- Insolazione**, 35.
- Insonnia**: negli infantili, 713.
- Incontinentia**, 153, 176; del carattere, 166.
- Intossicazione**: ad occhi chiusi nei pellagrosi, 259; dei movimenti delicati nei paralizzati, 387; grafica, 322.
- Intossicati**, 47.
- Infamia orfalea**, 21.
- Infatuazione**, 131.
- Intelligenza affettiva**, 156, nel cristianesimo, 338; nel macedone, 245, 248; nella cerebropatia infantile, 413, 420; nell'insorveglianza, 643; eretica, 419; nel sogno, 149; nei bambini anormali degli elementi nervosi, 205.
- Infecciosità**: 34; artificiale negli imbecilli, 602, 603.
- Infezioni**: come causa di pazzia, 33; con postumi d'ossessione, 243; con elettricità per l'epilessia specifica della finzione nel cristianesimo, 344; prevariatrici di gliosi nei parvelli piovani, 404; come causa d'epilessia, 567.
- Inflazione**, 268, 471; elisa dalla suggestività isterica, 325; soggiogamento notturno (disincantamento), 338.
- Insonnia**, 45, 44; nell'insorveglianza, 329, 326; nella par. progr., 362; nella melanconia, 368; criterio per la diagnosi differenziale tra la melanconia e gli episodi depressivi di altre psicosi, 471; nella mania, 477; nella nevrosi, 565.
- Intercalare (cio. vertale)**, 229.
- Intubazione**, 431, 642, 664, 665, 722.
- Interrogativa (coscienza)**, 137.
- Intestino**, 95; nella pellagra, 2-8; enteropati nella nevrosi, 118.
- Intossicazione**: come causa di pazzia, 33; nella pellagra, 261 e seg.; nell'infamia nel l'alcolismo, 287 e seg.; insidiosa nel surriformismo, 306; autointossicazione, 257, 258, 286, 288, 372, 373; autointossicazione per insorveglianza, 11, 44.
- Inversione sessuale**, 216-218, 621 e seg.
- Iperestesia**, 105; della regione ovarica sinistra, 329; del suono, 549; della coscienza nella nevrosi, 103, 500; iperacuità, 479, 541; afasia, 548.
- Iperemotività**, 398.
- Iperemia**: fisiologica, 306; melanconica, 229; orfalea negli imbecilli, 324; epistomica, 124, 225; mania, 480.
- Ipertermia**: effetti sulle cellule nervose, 75; febbre, 270, 286, 320, 386, 421, 531, 665.
- Iperopia**: nella pellagra, 269; come postuma delle paralisi isteriche, 522; generale nelle cerebropatie infantili, 422 e seg.; esaltazione dei reflessi binoculari, 33, 308, 368, 423, 432, 500; catartica, 204, 466, 583, 587, 589; arco di occhio, 525; atteggiamenti plastici della mano, 525.
- Ipnatismo**, 300, 301; e isterismo, 322; stigmi saccaroidici per suggestione ipnotica, 530.
- Ipsocrazia**: datazione, 35, 36; per irritazione dei centri sensitivi, 183; delirio (ipsocrazia), 144, 147; nella par. progr., 362; nella nevrosi, 500, 504; nell'isterismo, 343; negli scarti della demenza precoce, 604; per asserzione come forma tardiva di remissione (Lévy), 600, 605.
- Irrappresentabilità**, 196, 253, 310, 641, 667, 713, 726.
- Isolamento**, 500, 726.
- Isterismo**, 512-550; traumatico, 523, 544, 546, 547; grande accessione, 524 e seg.; aura, 525; infantile, 545; eredità, 544; per insolazione, 44, 547; aura, 548 e seg.; = ipostasi, 522; stigmi, 528 e seg.; stigmi per suggestione, 530; transfert, 549; metodo curativo di Dornikow, 550; anatomia isterica, 107; allucinazioni, 169; ossessioni, 141; pavor nocturnus come preludio a recidiva d'isterismo, 169; amore e carattere, 196, 198; costume isterico, 41; = basidiomismo, 554.
- Ister-nevrosi, 497.**
- Istinto**, 187, 196, 229; di conservazione individuale, 216-224; sessuale, 224-218; sua precocità negli imbecilli impulsivi, 655; d'attaccamento alla vita, 216, 261; d'integrità corporea, 214; suo cecus per associazione isterica, 468; dell'autolesione, 271, 212, 320, 378, 463, 538; psolare, 274.

J

Jumping, 44.

K

Klein (anomia di), 50.

L

Laesio: di disintegrazione cerebrale, 74, 75, 438, 439.

Lambellismo, 228.

Lata, 41.

Leucotomia, 298; iperleucotomia, 308.

Libero arbitrio, 191, 611, 642, 666.

Liponi: soprastituiti nel macedone, 347.

Liquido colico-rachideo: idiosincrasia, 50, 61, 66, 301, 413, 414, 438.

Localizzazione anatomica: delle funzioni psichiche, 1-31; massimo storico, 5-7; determinazioni sperimentali, 8-15; embriologiche col metodo di Panizzari, 12-18; analogiche nei vari territori della corteccia cerebrale, 30-32; legge della calce, 25-27; frangibilità plastiche delle dei processi elementari, 26; condizioni anatomiche della resistenza, 25-26; decentramento gangliare negli artropodi, 37, 38; decentramento corticale nei vertebrati, 39; centri psi-

N

- Necrosi, 649.
Nefrite: parenchimatosa cronica nella pol-
lagra, 369; atrofica (Rivar), 288; nel-
l'ipertensione, 369; nella pituitaria prog., 369;
nella dimenza senile, 441.
Negativismo, 201, 496, 498, 288, 360, 392,
393.
Neoplasia, 263, 397.
Neofilia, 333, 397.
Neologismi, 229, 236, 497.
Neostomago, 82, 87, 393.
Neuro psicosi: loro posto nella classifica-
zione delle mal. mentali, 237.
Neuralgia, 78, 196, 377.
Neurastenia, 197-521: idee ossessive, 115-
143; ansiosità, 498; parastesia, 499;
algemia localizzata, 499; allucinazioni ob-
biettive, 500; stato generale, 500; allucina-
zioni psichiche (parastesia), 501; disturbi di
intelligenza psichica, 502; agnosia, 503;
idee delirio, 505; patafisia, 506;
fissazione delia, 506; della responsabilità,
506; eresia, 509; patafisia, 509; insensibile
del come e del perché, 510; idee ossessive
d'azione, 511; diagnosi differenziale,
511 e seg.; patogenesi, 517;
cura, 519; episodi maniacali nella
isteria, 497, 514; nella paralisi
progressiva, 502; nella demenza pre-
coce, 514, 515, 516; episodi maniacali
nella tel. poliovirale e nella tabe,
511.
Nervita, 88, 118; del varco, 291; nell'al-
coolismo, 280; del nervo peroneo, 394;
nella paralisi prog., 297, 298; nella de-
menza senile, 422.
Nistagmo: altera, patologica in gene-
rale, 80, 82; capacità vegetativa, glio-
ma e fascicolare, 87; giovane, 73;
gliosi, 72, 73, 87, 88, 391, 394, 395, 401,
405, 411, 430, 440, 528, 577.
Nistagmo, 414, 398.
Nucleo delle cellule nervose: via latera-
lizzazione patologica, 76, 79, 83, 393;
assenza della colomelina nel processo
ossessivo, 78, 84, 85, 323, 324; ingrossa-
mento e colomelina anorgano, 416.

O

- Olfatto, 106; assenza, 572, 578.
Onomasticità, 269 e seg., 623 e seg.
Onirismo, 218, 492.
Opprobriamento, 17.
Ora: altera, nei pazzi, 81; nella cura
modica del microdosi congenita, 37,
38 e seg.
Ossessione, 133-143; patologica, 138; so-
bia, 191; manica, 495, 511; a tema spe-
ciale, 504-521; nell'isterismo, 497, 501;
nella paralisi prog., 502; nella demenza
precoce, 514 e seg.; disturbi nella
neurastenia, 502; d'impotenza, 137, 138,
212, 628, 629; del sesso, 196, 343.
Ossessione, 288, 289, 397.
Ostruzione, 191; meningea (cistica,
541; nella demenza precoce, 584, 586.

Otite (nervo) nell'alcoolismo, 280; nella
encefalopatia infantile, 424; nella epile-
ssia, 556.

P

- Paranoia (psicopatia), 99.
Paralisi, 265.
Paranoia, 113, 441.
Paranoia nella pollagra, 369.
Paralisi bulbare: sindrome nella para-
nisi progressiva, 364, 366.
Paralisi progressiva, 357-465; processo
degenerativo, 357 e seg.; stati d'animo
e deliri, 361 e seg.; crisi ed accessi,
366 e seg.; sintomi motori, 367 e seg.;
disturbi della sensibilità, 376; disturbi
ciclici e trofici, 377 e seg.; varietà
cliniche, 378 e seg.; deviazioni, 381 e seg.;
etiologia, 34, 35, 48, 384 e seg., 39
sopra, 386 e seg.; anatomia pa-
tologica, 389-399; diagnosi differen-
ziale, 390; cura, 460 e seg.; forma glo-
bulare, 380; pseudo-paralisi progre-
ssiva, 47, 472, 503 e seg., 399.
Paranoia: delirativa, 135; affirma-
tiva, 136.
Paranoia, 608-710; manifestazioni rfi-
niche, 681 e seg.; trattamento, 700;
esordio paranoia, 41 e seg.; manifesta-
zioni paranoiche, 141 e seg.; forma
congiuntiva e forma instabile, 145;
mancanza di critica nei paranoici, 150;
confronto con la psicologia dei parano-
ici, 676 e seg.; fase a pag. 680; di per-
secuzione, 682; ambiziosa, 683; reli-
giosa, 685; del parricidio, 693; con
delirio imperioso, 694 e seg.; auto-
lesione, 697; allucinazioni, 698; co-
scienza, 699; trattamento, 700; trallucen-
za, 142; clinica, 15.
Paranoia: stati e deliri, 341, 363, 379,
462; varietà paranoiche della cosmo-
nisi, 385; differenza di fronte ai deliri
paranoici, 460.
Paraplegia, 110, 423, 502.
Parasitismo, 286, 367.
Parasitismi: scoperta di queste gnan-
dole, 323; loro funzione, 351 e seg.;
nel microdosi congenito, 349; nella
scoperta di intossicati, 350; nel morbo
di Basedow, 355.
Parastesia, 110; nell'ipertensione, 359;
nella paralisi progressiva, 377; nella
neurastenia, 499.
Parossismi letargici: grande accessi, 329
e seg.; modificazione dell'eredità, 520;
parossismi minori, 528.
Particolarismo cronico, 316, 326, 328.
Pazzia, 43, 196 e seg.; allucinamenti
paranoici, 525; testi spiccioli, 341;
e dell'ipertensione, 286.
Patafisia, 138, 368.
Patogenesi della malattia mentale: ge-
nerale, 2, 540 e seg.
Pavore notturno, 188, 189, 194.
Pazia cronica, 44, 621 e seg., 710.
Pollagra, 261-261; etiologia, 36, 47, 79.

- caratteri morfologici e venefici del male agnostico, 267 e seg.; patogenesi, 264 e seg.; sintomi, 267 e seg.; sindrome patologica, 271-272; prognosi e cura, 278 e seg.; lesione anfratica, 280.
- Fenocero ad alta voce, 115.
- Personalità, delirio di cambiamento, 145, 362; nella sindrome delle malattie mentali, 252 e seg.; nell'irrazionalismo, 623; deliri impersonali, 609, 694.
- Pervertimenti: degli istinti, 210-218; del carattere, 30, 192, e seg., 252 e seg., 291, 307, 339, 431, 432, 540 e seg., 563, 623, 641 e seg., 565; sessuali, 448-449, 575, 592, 598, 497; atavismo, 619 e seg.; eterismo, 627; masochismo e sadismo, 536, 629; necrofilia, 693.
- Pia madre, 89.
- Pianto, 229; localizzazione del centro cerebrale, 224; spasmodico, 225, 420; nei maniaci, 480, 482; nei melanconici, 481.
- Pira, 211.
- Pignone: nella cellula nervosa, 82, 83, 267, 360.
- Pilosa: insufficienza interica, 361.
- Placche gialle (di Corazzi), 64, 411.
- Plagiocefalia, 66, 91, 121, 268.
- Plasmodesmi (cellule plasmatiche), 89, 268 e seg.
- Plasmofilia: funzionale degli istinti, 623, 360; nella schizofrenia e, questa voce.
- Polinervite: polio polinervite, 290; nell'alcodismo cronico, 301.
- Poliosteoite, 87, 413.
- Poliosteoite anteriore, 62.
- Poliuria, 526.
- Porocefalia, 66, 411.
- Porsi cerebrali, 71.
- Prognosi, 4, 471.
- Psittacismo: loro patologia in rapporto con la psicosi, 671 e seg.
- Prolassi, 276, 300, 303, 428, 681.
- Prolio senile, 452.
- Pseudo-allocutazioni, 125, 128, 388.
- Pseudo-angina di pectus, 668, 499, 531, 540.
- Pseudo-paralisi progressiva: da piombo, 471; da acido di cadmio, 471; da piombo, 573; alcoolica, 285, e seg., 389; da sifilide, 389.
- Pseudotumore, 564.
- Purpura: acuta nei degenerati, 260; affettiva, 277; polinervite, 290; tiridica, 297, 330-336; nell'irrazionalismo, 623.
- Papille: rosacee, 257 e seg., 387 e seg., 263, 424, 431.

Q

Quercetia, 115, 186, 212, 451, 458, 669, 695; quercetia e reclinazioni del centro senile, 455.

R

Radiografia spaziale, 361, 363, 368, 547.

Rassodimento cerebrale, 70, 425, 428.

Rapporto: mielocelluloso, 126, 185, 463; pro-
lungato, 603.

Rapporto a distanza della cellula nervosa,
71-80, 300, 323, 350, 936.

Reflessi, 207; reattivi, riflessi e reazioni
concreti, 188; viscerali, 235; patellari,
236; cutanei, 237; papillari, 237; nella
pellagra, 269, 278; nella schizofrenia
morale, 308; nella par. progr., 368 e seg.;
nella schizofrenia infantile, 429; nei
vecchi, 122; nei neuropeatici, 500; nei
sintomi paradosici dell'isterismo, 522; epila-
mici riflessi, 571.

Religione: nei paesi morali, 630; e cre-
dita, 620 e seg.; una nuova interna-
zione in Russia, 471 e seg.; rapporto
con la psicosi, 671, 688; nel tratta-
mento del pectus, 724; delirio religioso,
144, 687; delirio di distensione, 692,
100; nella intelligenza deficiente, 132.

Remissione, 221, 382, 181.

Renti, 30; nefrite, 289, 308, 329, 360, 441.

Ripercussione: della cellula, 308; (irrecon-
suetudine), 596, 230, 513, 641, 687, 738;
avvicina degli istinti, 713; nell'abitu-
azione schizofrenica, 693.

Ripercussione materiale nei centri nervosi,
37-42; nella schizofrenia, 458.

Ripercussione: psichica, 56, 481 e seg.;
dei nervi, 86.

Ripercussione (allucinazione) del pectus,
159.

Riso, 200, 253, 324, 435.

Rossicorno, 235.

Ripetizione, 126, 180, 520.

S

Sadismo, 266, 629.

Sarcosmi cerebrali, 74, 180.

Sclero: matura, 638, 761; esagera-
zione patologica, 126, 146, 213, 365.

Sclerose, 290.

Sclerosi a placche, 71, 449 e seg.

Sclerosi biliosa, 68, 87, 126; biliosa, 141,
413; biliosa, 78; biliosa, 441; pro-
suetudine, 441; delirio di Amnésie, 576;
a placche, 71, 449 e seg.

Scrittura, 218, 221 e seg.; a spastica,
221; degli alcoolici, 290; dei paranoici,
312-325; dei demenzati precoci, 686 e
seg.; degli schizofrenici, 743.

Scrittura, 180; anticipata, nella pellagra,
276; demenzata senile, 430 e seg.; ca-
ratteristica senile, 182, 180, 431, 435; pig-
mentazione gialla delle cellule nervose
nell'età avanzata, 82, 383; forme pre-
senti di arteriosclerosi, 436; loro dif-
ferenza dalla paranoia progr., 438.

Sensibilità, 97-128; fisiologia generale,
97-100; sensoria, 101 e seg., 181, 183,
307, 368 e seg., 383, 325; tattile, termica,
104; gustativa, olfattiva, 105;
visiva, 107, 479, 548; uditiva, 107;
allucinazioni e illusioni, 109 e seg.; dis-
seminazione sinaptica, 107.

Sensibilità, 171-196; amore, 128 e seg.;
amorosi, 179; depressione della stata

sentimentale, 171, 176, 180, 181, 185;
esaltamento, 171, 180, 185 e seg.; indif-
ferenza affettiva, 188.
Shack: libro patologico, 38-47, 430; con-
temp. opere, 38, 363, 346, 347.
Sifilide: eredo-sifilide, 52, 420; cerebrale,
51, 72-81, 447; e psittacidi progressiva,
381-386; e sifilide ossea, 388; arterite
sifilitica, 411; parassifilide, 390, 567.
Sistemi e simbiosismo, 29, 31, 112, 139;
scottici, 215, 637, 639; devianza scotio-
lica, 147; sifilide, 138, 413; lesio-
nazione dei sistemi psico-neurologici
in arte ottocentesca, 160.
Sipatico: taglio nell'epilessia, 579.
Sissifolia, 45.
Siringostomia: dissimulazione della semi-
Mora, 537.
Sistemizzazione delle idee nei vecchi,
430; nei deliri paranoici, 681.
Sistole, 211, 220, 378, 410, 528.
Slegati, 45, 672.
Sodomitici, 217.
Sogno: allucinazioni oniriche, 102; stati
di sogno, 424.
Somatizzazione e nevrosi, 171; nel pe-
riodo degli atteggiamenti paranoici,
325; nell'epilessia, 568.
Sonno, 4, 20; crisi nel delirium tremens,
260; nella pellagra, 570; nell'asma,
318, 320; nella nevrosi, 501; an-
ossi di sonnolenza, 448, 557; insensia,
13, 44, 329, 326, 362, 408, 471, 477, 481;
ogni, 122, 424.
Sordità, 538; gastrica, 568, 527; verbale,
395, 538, 427; frenale, 328; oscillante,
528.
Sordomutismo, 107, 227, 238; isterico, 338;
nelle convulsioni prenatali, 427.
Sostitutivi periodici, 645.
Spavento, 38, 38 e seg.; pavor nocturnus,
198 e seg., 454.
Statistica: dati generali, 45 e seg., 721,
749; per la pellagra, 572, 576 e seg.;
per l'epilessia, 565, 573, 381; stato
isterico (stat. de malo), 628.
Stato primo e stato secondo: nell'iste-
rismo, 504, 510, 541.
Stigmi: degenerativi, 49; del cristianesimo,
357; della psittacide progressiva, 385;
della neuroptosi infantile, 415; vi-
sionarie per suggestione imperativa,
530; isteriche, 528 e seg.; come inte-
rogni, 529; negli epilettici, 362; nei
degenerati preesistenti, 414; psittaciche nei
pazziani, 681 e seg.; negli schizofrenici,
501; negli isterici, 642 e seg.
Stomaco, 91; atonia gastrica, 528; en-
tasto gastrico come causa d'asma, 325;
iperacidità nel marasma, 311; atonia
gastrica ed enteropatia, 518.
Stomatite: nella pellagra, 368;
e nei psittacidi, 368; nella di-
strosia, 523.
Strapazzo (surrounding), 13; nella neuro-
stomatite, 318; come causa generica di
pernia, 721 e seg.
Scorpi, 317; maschio, 481; stato allorile

dei melanociti, 469; epilettici, 529;
nei degenerati preesistenti, 414.
Suggerimento, 530; ospedalismo della Sal-
petriere nell'istituzionalismo, 326.
Sulfato: per insufficienza mercuria, 211,
227, 230, 362, 385; nella melanolia,
185, 406, 447; somatizzazione nei mar-
asma, 308; nei psittacidi, 385; e in
nevrologia, 447.
Superstizioni, 471 e seg.

T

Tabe: varietà tubercolare della psittacide pro-
gressiva, 180; tabe-psittacide, 383, 397
e seg.; crisi nevrosi, 144.
Tachicardia, 126.
Taleto, 31, 131; d'istituzionalismo, 789;
paralelo degli schizofrenici, 154; intossicazione,
369.
Taliocardi, 211, 524, 562.
Temperamenti, 351.
Ternici: sensibiltà, 181; insensibilità al
freddo, 480; peristria, 75, 579, 586,
520, 360, 421, 531, 555, 728.
Te, 220; esaltazione del tes, 528, 529; la-
bile di Dinnatini e calipso, la-
bile intermittente, 425; reclusi (se-
culari), 228.
Tifo pellagroso, 570, 566.
Tiroide: nell'etiologia delle malattie
mentali, 50; presso il tes, 330-336;
loco posto nella classificazione neu-
rologica, 234, 237; tiroideismo, 335, 337;
neurologia, 337-340; cura tiroidea, 338,
340, 341, 342; ruolo di Eusebio, 334-
336; sindrome basofila nella psittacide
progressiva e nella pellagra, 334.
Tiroideismo, 335.
Tiroide-istituzionalismo: loco posto nella clas-
sificazione delle malattie mentali, 237.
Tiroidei, 338, 348.
Trasmissione del tes, 482, 570.
Trasmissione: come causa di psittacide, 33;
rischio trasmissivo, 335, 544, 548, 517;
psittacide trasmissiva, 52; devianza tras-
missiva, 336; psittacide trasmissiva, 33,
367; psittacide trasmissiva, 33, 37.
Tregua: nell'asma, 371; nella psittacide
progressiva, 389; di anni nella de-
vianza psittacide, 611; istituzionalismo nel
delirium tremens, 286.
Trenite, 226, 231, 250, 371, 372; encefalo-
ma, 411; asile, 121; nella sclerosi
a placche, 430; isterico, 336; a tes e
papale oscillante, 334.
Tubercoli schizofrenici, 72.
Tumori cerebrali, 53, 71, 448; psittacide
di psittacide come segno patognomonico,
448.
Tumori (neurologici), 138, 341.

U

Ulnarocentrismo, 186; nei normali, 287 e
seg.; patologica, 288, 289, 579; apa-
logetica, 288; e responsabilità civile,
663.

- Udito: alterazioni, 307; annessi, 108, 124, 289; iperacusia, 129; ipertensione e pseudo-cortigione di Ménière, 540; affezioni unilaterali, 178.
- Umore (questo), 377.
- Umore, 178; abituale, 178; uno ostilissimo nella psicosi circolare, 180, 182 e seg.; altre variazioni patologiche, 182-188; e ostilità, 181; nella pellagra, 190; nell'alcolismo, 191 e seg.; nell'isterismo, 340; nell'epilessia, 537 e seg.; allegrezza maniacale, 126; tristezza melanconica, 159 e seg.; influenza sulle idee, 462.
- Uremia, 35 e seg., 328, 329, 338, 339; anatomia patologica, 81 e seg.

V

- Vago: polmonite del capo, 379.
- Vaniloquia, 133, 315; demenza verbale, 600.
- Vasi sanguigni: alterazioni, 69, 70, 85, 86; calcificazione, 88; aterosclerosi dell'aorta, 308; nella paralisi progressiva, 308; facies pomatoria, 291; proliferazioni, 413; nelle encefalopatie infantili, 449 e seg.; nelle cerebropatie degli adulti, 467; disturbo funzionali nell'isterismo, 530, 543; nell'epilessia, 578.

Vegetazioni adenoidi: nel parre accutissimo, 180.

Vesania, 453, 454, 560.

Vista: alterazioni, 107; riduzione del campo visivo, 107; anisotropi e anisopia, 537; miopia anisotropica di Sachs, 417; diacromatopsia, 537, 538; cecità verbale e psichica, 168 e seg.

Volontà: movimenti volontari, 137; volizioni, 138; rapporti con l'istinto, 208, 199; adattamento alla legge dell'edonismo, 199; patologia della condotta per alterazioni intrinseche della volontà, 204 e seg., 588 e seg.; negativismo, 204, 406, 581; autocrazia, 127, 200 e seg., 208 e seg., 307; catatonia, 204, 209, 464, 525, 583 e seg., 585 e seg.; negativismo, 304, 406, 489, 530 e seg.; movimenti sistematizzati, ecolalia, neofalia, neografia, 205, 307; parafalia, 205; assurdità del corteggio, 307; libero arbitrio, 191, 141, 342, 600.

Vozioia, 236; isterismo, 236; mutismo negli alcoolisti, 291; incoercibile, 535.

Z

- Zenismo, 265.
- Zona intergenale, 320.
- Zupola, 535.

INDICE DEGLI AUTORI

A

Agostini, 4, 675.
 Agostini, 84, 53, 269.
 Alexander, 579.
 Alt, 311.
 Althaus, 566.
 Alzheimer, 89, 389, 426, 438, 449, 579,
 577, 585, 615.
 Amador, 590.
 Anelli, 291.
 Antonini, 270.
 Argyll-Robertson, 257.
 Aristotele, 4, 5.
 Armandi, 325.
 Arnold, 402, 453, 512, 579, 585.
 Aschendorff, 584, 585.
 Aubry, 424.
 Astorfeld, 519.
 Auer, 479.

B

Baker, 262, 266, 274, 275.
 Bakula, 257, 549.
 Baccelli, 262.
 Bagdon, 672.
 Badaloni, 262, 279.
 Baginsky, 168.
 Ballenger, 127, 402, 489, 598.
 Barr, 129.
 Baker Brown, 548.
 Balardini, 265.
 Ball, 350.
 Balot, 572, 585.
 Bartholow, 13.
 Bastian, 29, 437.
 Batty Tuke, 402.
 Baumann, 391.
 Beau, 499, 500, 518.
 Bea, 794.
 Bechtner, 5, 11, 38, 224, 285, 549,
 552, 581.
 Behnke, 42, 270, 274, 276, 384.
 Behnke (van), 42.

Benzenowski, 579.
 Bergeron, 529.
 Berkley, 512.
 Bernabai, 511.
 Bernheim, 528.
 Bernstein, 46.
 Beta, 410.
 Buschi, 11, 12, 85, 169, 425, 579,
 598, 648.
 Bichon, 4.
 Bickerton, 571.
 Bismarck, 376, 377, 519.
 Bismarck (van), 78.
 Bismarck, 138, 215, 607, 638.
 Bismarck, 729.
 Bismarck, 436, 438, 449, 532, 550,
 641, 649.
 Bismarck, 536.
 Bismarck, 62.
 Bismarck, 25.
 Bismarck, 576, 577.
 Bismarck, 582.
 Bismarck, 58.
 Bismarck, 588.
 Bismarck, 589.
 Bismarck, 590, 592.
 Bismarck, 591.
 Bismarck, 592.
 Bismarck, 593.
 Bismarck, 594.
 Bismarck, 595.
 Bismarck, 596.
 Bismarck, 597.
 Bismarck, 598.
 Bismarck, 599.
 Bismarck, 600.
 Bismarck, 601.
 Bismarck, 602.
 Bismarck, 603.
 Bismarck, 604.
 Bismarck, 605.
 Bismarck, 606.
 Bismarck, 607.
 Bismarck, 608.
 Bismarck, 609.
 Bismarck, 610.
 Bismarck, 611.
 Bismarck, 612.
 Bismarck, 613.
 Bismarck, 614.
 Bismarck, 615.
 Bismarck, 616.
 Bismarck, 617.
 Bismarck, 618.
 Bismarck, 619.
 Bismarck, 620.
 Bismarck, 621.
 Bismarck, 622.
 Bismarck, 623.
 Bismarck, 624.
 Bismarck, 625.
 Bismarck, 626.
 Bismarck, 627.
 Bismarck, 628.
 Bismarck, 629.
 Bismarck, 630.
 Bismarck, 631.
 Bismarck, 632.
 Bismarck, 633.
 Bismarck, 634.
 Bismarck, 635.
 Bismarck, 636.
 Bismarck, 637.
 Bismarck, 638.
 Bismarck, 639.
 Bismarck, 640.
 Bismarck, 641.
 Bismarck, 642.
 Bismarck, 643.
 Bismarck, 644.
 Bismarck, 645.
 Bismarck, 646.
 Bismarck, 647.
 Bismarck, 648.
 Bismarck, 649.
 Bismarck, 650.
 Bismarck, 651.
 Bismarck, 652.
 Bismarck, 653.
 Bismarck, 654.
 Bismarck, 655.
 Bismarck, 656.
 Bismarck, 657.
 Bismarck, 658.
 Bismarck, 659.
 Bismarck, 660.
 Bismarck, 661.
 Bismarck, 662.
 Bismarck, 663.
 Bismarck, 664.
 Bismarck, 665.
 Bismarck, 666.
 Bismarck, 667.
 Bismarck, 668.
 Bismarck, 669.
 Bismarck, 670.
 Bismarck, 671.
 Bismarck, 672.
 Bismarck, 673.
 Bismarck, 674.
 Bismarck, 675.
 Bismarck, 676.
 Bismarck, 677.
 Bismarck, 678.
 Bismarck, 679.
 Bismarck, 680.
 Bismarck, 681.
 Bismarck, 682.
 Bismarck, 683.
 Bismarck, 684.
 Bismarck, 685.
 Bismarck, 686.
 Bismarck, 687.
 Bismarck, 688.
 Bismarck, 689.
 Bismarck, 690.
 Bismarck, 691.
 Bismarck, 692.
 Bismarck, 693.
 Bismarck, 694.
 Bismarck, 695.
 Bismarck, 696.
 Bismarck, 697.
 Bismarck, 698.
 Bismarck, 699.
 Bismarck, 700.
 Bismarck, 701.
 Bismarck, 702.
 Bismarck, 703.
 Bismarck, 704.
 Bismarck, 705.
 Bismarck, 706.
 Bismarck, 707.
 Bismarck, 708.
 Bismarck, 709.
 Bismarck, 710.
 Bismarck, 711.
 Bismarck, 712.
 Bismarck, 713.
 Bismarck, 714.
 Bismarck, 715.
 Bismarck, 716.
 Bismarck, 717.
 Bismarck, 718.
 Bismarck, 719.
 Bismarck, 720.
 Bismarck, 721.
 Bismarck, 722.
 Bismarck, 723.
 Bismarck, 724.
 Bismarck, 725.
 Bismarck, 726.
 Bismarck, 727.
 Bismarck, 728.
 Bismarck, 729.
 Bismarck, 730.
 Bismarck, 731.
 Bismarck, 732.
 Bismarck, 733.
 Bismarck, 734.
 Bismarck, 735.
 Bismarck, 736.
 Bismarck, 737.
 Bismarck, 738.
 Bismarck, 739.
 Bismarck, 740.
 Bismarck, 741.
 Bismarck, 742.
 Bismarck, 743.
 Bismarck, 744.
 Bismarck, 745.
 Bismarck, 746.
 Bismarck, 747.
 Bismarck, 748.
 Bismarck, 749.
 Bismarck, 750.
 Bismarck, 751.
 Bismarck, 752.
 Bismarck, 753.
 Bismarck, 754.
 Bismarck, 755.
 Bismarck, 756.
 Bismarck, 757.
 Bismarck, 758.
 Bismarck, 759.
 Bismarck, 760.
 Bismarck, 761.
 Bismarck, 762.
 Bismarck, 763.
 Bismarck, 764.
 Bismarck, 765.
 Bismarck, 766.
 Bismarck, 767.
 Bismarck, 768.
 Bismarck, 769.
 Bismarck, 770.
 Bismarck, 771.
 Bismarck, 772.
 Bismarck, 773.
 Bismarck, 774.
 Bismarck, 775.
 Bismarck, 776.
 Bismarck, 777.
 Bismarck, 778.
 Bismarck, 779.
 Bismarck, 780.
 Bismarck, 781.
 Bismarck, 782.
 Bismarck, 783.
 Bismarck, 784.
 Bismarck, 785.
 Bismarck, 786.
 Bismarck, 787.
 Bismarck, 788.
 Bismarck, 789.
 Bismarck, 790.
 Bismarck, 791.
 Bismarck, 792.
 Bismarck, 793.
 Bismarck, 794.
 Bismarck, 795.
 Bismarck, 796.
 Bismarck, 797.
 Bismarck, 798.
 Bismarck, 799.
 Bismarck, 800.

Bacchi, 185.
Bacchiotti, 329.
Baldini, 28.
Balglietti, 326.
Balkhard, 487.
Baltzer, 569.
Byron-Brucewell, 29.

C

Caballo, 325.
Calcutt, 45.
Caccia, 76, 78, 80, 82, 225, 288, 300,
309, 322, 323.
Catalanese, 116.
Cattaneo, 627.
Cappelletti, 325.
Carpentier, 115.
Carrier, 137.
Casal, 279.
Cathelme, 326, 328.
Catoia, 69.
Cest, 296, 297, 325.
Ceston, 422.
Chacoff, 39, 187, 333, 497, 969, 523,
524, 525, 529, 528, 534, 535, 536,
540, 544, 545, 546, 547, 548, 549,
550.
Chadlin, 110, 376.
Cherito, 137.
Chiar, 379.
Choy-Shan, 492.
Cobla, 298.
Cololan, 401.
Corti, 262.
Corin, 42.
Cotard, 64, 219, 425.
Cottino, 302.
Cramer, 377.
Criviani, 285.
Croy, 48.

D

D'Amato, 65, 268, 279.
Dange, 348.
Danilowski, 38.
D'Annunzio, 175.
Darwin, 269, 229.
Dax (Marot), 7.
De Amicis (Edmondo), 302.
Deasy, 74.
De Beck, 42.
De Fleury, 518.
Dejuria, 158, 309, 415, 422, 423, 424,
425, 500, 566.
Delacaze, 296, 568.
Demose, 41.
De Santis, 236, 242, 448, 410, 412, 501.
Descartes, 5.
Dodd, 571.
Dorschner, 59.

Donath, 573.
Dabini, 529.
Disconchi, 28.
Ducheno, 229.
Dunon, 443.

E

Eaton, 124.
Edersheim, 327.
Edinger, 326.
Edmonde (Walter), 303.
Eklach, 397.
Eichler, 267.
Ellen, 267.
Elkela, 298.
Erk, 397, 522.
Erke, 264, 266.
Erkumeyer, 316, 311.
Esquiro, 151, 242, 417, 458, 548.
Erdenberg, 59, 545.
Evans, 575.
Ewald, 331, 341, 348.
Exner, 4.

F

Falret, 189.
Farr, 518, 525, 540.
Farnad, 76, 71, 639.
Farnai, 264.
Farr (Eduard), 194, 645, 686, 687.
Farrer, 11, 12, 446.
Fischer, 576.
Fischig, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,
113, 169, 448, 548, 555, 560.
Fisch, 42.
Flem, 198.
Flemons, 6, 7.
Farel, 5, 303, 548.
Fassier, 264, 266, 468, 422, 547.
Fay, 274.
Franceschi, 85.
François-Franck, 36.
Fread, 625, 466, 468, 415, 417, 418,
421, 422, 423, 424, 425, 426.
Fread, 173.
Friedrich, 548.
Fritsch, 7.
Fuchs, 321, 326.
Furster, 294, 397, 398.

G

Gabornski, 337.
Gall, 4, 6, 7, 16, 29, 34.
Garnier, 461.
Garofalo, 650.
Gelschoten (van), 78, 417, 422.
General, 302.
Gemari, 26.
Geronzi, 62, 65, 392, 406, 416.

Gilles de la Tuerrotte, 526, 528, 536,
Grand-Toulon, 472.
Gimard, 518.
Gley, 531.
Gibbet, 377.
Galen, 294.
Goldschneider, 411.
Galdi, 21, 25, 58.
Galtz, 11.
Gaucourt (Julien), 107.
Gonzales E., 416.
Goss, 264.
Gradenigo, 531.
Graf (Arturo), 675.
Grise, 537.
Griswold, 127, 243.
Griffith, 276.
Groggick, 11.
Gucci, 456, 457.
Gundlach, 182, 244, 584.
Gull, 525.

H

Hackel, 5.
Hagen, 127.
Haig, 572, 583.
Hajos, 576.
Hack Tule, 619.
Hammarberg, 38.
Hammond, 137, 505.
Hartmann B., 475.
Hayes, 518.
Helen, 596.
Hecker, 584.
Heger, 47.
Heilmann, 147.
Heimath, 724.
Heller, 228.
Hendrie Lloyd, 619.
Hering, 158.
Hern, 571.
Hertz, 572.
Herting, 376.
Hertz, 298.
Hesch, 65.
Hillenborg, 377.
Hitzig, K. V., 10, 11, 12, 58, 241, 482,
488.
Hoffmann, 341.
Hofmeister, 353.
Horsley, 13, 508.
Horwich, 160.
Hosel, 84.
Howitt, 536.
Hochstadt, 519, 540.
Hughes C. H., 649.
Hugliuge-Jackson, 29.
Hugues Bonnet, 396.
Hume, 151.
Husenath, 299.

I

Ihara, 545.
Idolska, 168, 588.
Itoyko, 41.

J

Jacoby (Paul), 672, 675, 710.
Jakob, 579.
James, 159.
Jennings, 500.
Jelly, 482, 559.
Jostchenko, 589.

K

Kann, 518.
Kahlmann, 127, 129, 794, 435, 584,
585, 586, 599, 648.
Kant, S. B.
Kantakay, 225.
Kelp, 59.
Kissling, 424.
Kissinger, 517.
Kocher, 331, 579.
Koko, 332.
Kolliker, 25.
König, 579, 600, 608, 609, 620, 627,
628, 629, 636, 701.
Korsakoff, 296.
Kraepelin, 148, 364, 215, 247, 248, 249,
251, 297, 314, 318, 321, 334, 341,
397, 418, 454, 455, 458, 475, 486,
487, 541, 588, 584, 585, 597, 600,
680, 689, 728.
Kraft-Ding, 145, 246, 248, 502, 586,
615, 622, 627, 648.
Krawski, 573.
Kramer, 569.
Kremer, 569.
Kremer, 65.
Kupper, 571.
Kremer, 229.

L

Lake, 345.
Lacouraux, 168.
Ladars, 548.
Ladars, 38.
Lair, 336.
Lacour, 168, 588.
Ladars, 578.
Lacour du Saule, 162.
Ladars, 519, 548, 599.
Lépine, 28.
Ladars-Boulton, 578.
Lévi (Léopold), 80.
Lévinson, 305, 307.
Lévinson, 228.

Lepmann, 286.
 Lepsius, 675.
 Lettice, 408, 421, 426.
 Letti, 727.
 Lichten, 370.
 Lloyd, 17.
 Lombroso, 34, 91, 103, 184, 244, 265,
 266, 269, 280, 307, 339, 362, 384,
 447, 449, 451, 452, 453, 494, 495.
 Loveland, 182.
 Lubbock, 675, 677.
 Luciani, 9.
 Lugares, 41, 75, 78, 79, 80, 81, 128,
 247, 351, 352, 353, 363, 369, 399,
 454, 499, 505, 615, 665.
 Lukacs, 415, 421, 425, 429.
 Lustig, 511.

M

Macanotti, 211.
 Mackenzie, 338.
 Mac Lennan, 677.
 Magnus, 799, 801.
 Maier, 42, 527.
 Mainardi, 263, 269.
 Maier H., 41.
 Maier L., 168, 677.
 Maining, 649.
 Mainigora, 19.
 Mainigora (Marin), 274.
 Majak, 59.
 Majak, 150.
 Maize, 65, 67, 70, 71, 274, 411, 422,
 432, 544, 545, 546, 552.
 Malinowski, 275, 112.
 Malin, 235, 306.
 Malin, 91, 281, 418, 619.
 Malinowski, 297.
 Malin, 371.
 Malinowski (Czech), 327.
 Malinowski, 613.
 Malinowski, 211.
 Malin, 279, 289, 323, 345, 611, 619.
 Malin, 509.
 Malin, 415, 416.
 Malin, 157.
 Meyer, 289, 378.
 Meyner, 13, 62, 295, 315, 331, 372,
 675.
 Meyerowitz, 410, 343.
 Minguzzi (Bianchi), 272, 332.
 Minguzzi, 354, 384, 388, 393, 352.
 Monakov, 12, 18, 138, 184.
 Monti, 263.
 Moor, 54, 244, 344.
 Morganti, 499.
 Morrell, 136, 141, 223, 228, 247, 252,
 254, 297, 308, 348, 385, 384, 501,
 713.
 Moser (Angelo), 42.

Mosser, 321, 348.
 Müller E., 418.
 Müller (Max), 676.
 Munk, 9, 11, 153.
 Muraw, 350, 422, 424.
 Murray, 206.
 Muro, 368.
 Myrdal, 228.

N

Nach, 561.
 Nache, 365, 669, 669.
 Nagele, 52.
 Nagele, 13.
 Nagele, 522, 529.
 Nagele, 498.
 Nagele, 364.
 Nagele, 675.
 Nagele, 244.
 Nagele, 102.
 Nagele, 675.
 Nagele, 68, 89, 202, 206, 378.
 Nagele, 246.
 Nagele, 24, 100.

O

O'Connor, 310, 385, 439.
 Oliver, 569.
 Oppenheim, 537, 546.
 Ost, 333.
 Ormrod, 371.
 Orlow, 421.
 Orlow, 524.

P

Pager, 348.
 Paladini C., 688.
 Pardi, 581.
 Pardini, 244, 419, 415, 426.
 Pardini, 41.
 Pardini, 5.
 Pardini, 46.
 Pardini, 325.
 Pardi, 397, 398.
 Pardini, 55.
 Pardi, 394, 481, 488.
 Pardi, 648.
 Pardi, 539.
 Pardi, 623.
 Pardi, 135, 136, 138, 144, 171, 529,
 540, 545.
 Pardi, 1, 6, 159, 620.
 Pardi, 619.
 Pardi, 648.
 Pardi, 675.
 Pardi, 546.

Q

Quilley, 87.

R

Räber, 391.
Rafailovich, 670, 674, 677, 699.
Ragzi, 348.
Ramus v. Pajal, 8, 20, 23, 28, 30,
113, 161, 285.
Rasori, 325.
Raymond, 422, 424.
Redlich, 446.
Regis, 126, 128, 294, 384, 513.
Regnard, 537.
Reichenberg, 479.
Reiak, 548.
Reimle, 51.
Reverdik, 535.
Reuzenro, 525.
Rivet, 158, 181, 190, 191.
Ricker, 528.
Richter, 78, 341.
Rie, 621, 624.
Rignell, 229, 449.
Riser, 508.
Robertson, 388.
Rohet, 312.
Rohrle, 5, 6.
Rohrbach, 529.
Rosenbaum, 672.
Rose, 168.
Rosenstein, 576.
Rosenthal, 547.
Rosenzweig, 169.
Rusach, 265.
Ruscher, 273.
Rusko, 729.

S

Sachs, 417, 422.
Sach, 174.
Sander, 325.
Sandozka, 331.
Sapoznikow, 673.
Savage, 649.
Schäfer, 384.
Schäffer, 417.
Schiff, 11, 301, 394.
Scholz, 343, 638.
Schoppebauer, 210.
Schrenck-Nording, 622, 623.
Schneider, 549.
Schöls, 219, 244, 474.
Schultze, 60.
Schütz, 288.
Schumann, 18, 631.
Schüller, 673.
Ségis, 316.
Seitzer, 391.
Seppili, 408, 419.
Seneta, 266, 268.
Siemens, 664.
Sinnerling, 391, 368.

Sinn, 203.
Sison, 42.
Smith, 364.
Solberg, 372.
Soldier, 496, 497, 414, 415, 468, 797,
799, 714.
Sommering, 5, 6.
Spasock, 537.
Spencer, 131, 159, 160, 230, 673, 677.
Spiller, 469.
Springer, 383.
Stegmann, 300.
Steinlechner, 62.
Steiner, 77.
Stevens, 571.
Stewart, 360.
Stockart, 469.
Strassler, 266, 268, 269.
Strub, 398.
Strunz, 66, 67, 415, 529, 531, 532.

T

Taakman, 109, 110, 426, 435, 718, 719.
Tebaldi, 267.
Thompson, 59.
Thomson, 346.
Tinsli, 265, 264.
Tomini, 224, 276, 274, 529, 541, 568,
713.
Tonlenne, 389, 581.
Tropenikow, 38.
Tropen, 567.
Tronter, 569.
Trock, 84, 273, 274, 388.
Tyler, 673, 675, 677.

U

Ulrich, 622, 627, 677.
Ullas, 82, 297.
Urbachsch, 228.

V

Vas, 41.
Vasche, 109, 226, 322, 338.
Venier, 365.
Verges (Andria), 126, 249, 395.
Verhaue (Patri), 183.
Verwey, 5.
Viermeier, 5.
Vigoutoux, 529.
Vinson, 675.
Vinsien, 62, 267, 346, 466.
Vinteli, 67.
Vogt C., 498.
Vogt H., 287.
Voina, 797.

W

Wachsmuth, 307, 417, 421.
 Wagner, 343.
 Walter, 346.
 Walther, 284.
 Walther-Gebert, 48.
 Weigert, 12, 50, 72, 87, 284.
 Weir Mitchell, 549, 350.
 Weissman, 32.
 Weiss, 590.
 Welt (Looney), 11.
 Wenzel (Franklin), 339.
 Wernicke, 135, 160, 167, 411.
 Westphal, 125, 126, 243, 345.
 Weymann, 181.

Wiglesworth, 571.
 Wildermuth, 280, 581.
 Willis, 2, 6.
 Wistocki, 581.
 Wolter, 576.
 Workman, 649.
 Wullauer, 417.
 Wundt, 9, 10, 11, 139, 160, 181, 188.

Z

Zacher, 389.
 Zichen, 160, 186, 187.
 Zola, 210.
 Zucarelli, 683.
 Zuber, 47.



THE END

YALE MEDICAL LIBRARY



3 9002 01091 3276

